Impactos da Violência na Saúde

Impactos da Violência na Saúde

Kathie Njaine
Simone Gonçalves de Assis
Patricia Constantino
Organizadoras

1ª edição: 2007
2ª edição revista: 2009
1ª reimpressão: 2010
3ª edição revista e ampliada: 2013
1ª reimpressão: 2014

EDITORA ASSISTENTE DA COEDIÇÃO
Christiane Abbade

ASSESSORIA PEDAGÓGICA
Cleide Figueiredo Leitão
Henriette dos Santos
Suely Guimarães Rocha

SUPERVISÃO EDITORIAL
Jonathas Scott
Maria Leonor de M. S. Leal

CONSULTORIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
Cláudia Araújo de Lima
Edinilsa Ramos de Souza
Maria Cecília de Souza Minayo

REVISÃO METODOLÓGICA
Cleide Figueiredo Leitão
Henriette dos Santos
Suely Guimarães Rocha

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO
Fátima Cristina L. dos Santos
Hynajara Boueris da Silva
Maria Auxiliadora Nogueira
Maria José de Sant'Anna
Sonia Kritz

PROJETO GRÁFICO
Jaime Vieira
Jonathas Scott

ILUSTRAÇÕES
Edvaldo Jacinto Correia

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E TRATAMENTO DE IMAGEM
Jaime Vieira
Obra Completa Comunicação – Robson Lima

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

N738 Njaine, Kathie (Org.)
Impactos da violência na saúde. / organizado por Kathie Njaine, Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.
420 p.
ISBN: 978-85-61445-89-8

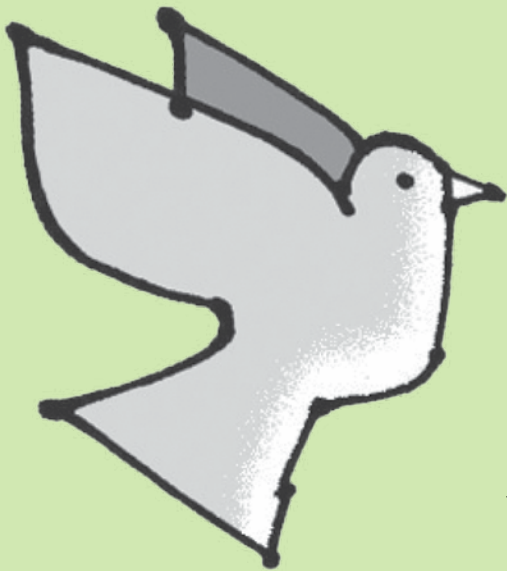
1. Violência. 2. Saúde Pública. 3. Impactos na Saúde. 4. Aprendizagem. 5. Educação a Distância. 6. Cursos. I. Assis, Simone Gonçalves de (Org.). II. Constantino, Patrícia (Org.). III. Título.

CDD – 371.35

2014
Editora Fiocruz

Avenida Brasil, 4.039 – Térreo – Sala 112
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ
CEP 21040-361
Tel.: (21) 3882-9039 ou 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
www.fiocruz.br/editora

Coordenação de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP 21041-210
Tel.: (21) 2598-2996
www.ead.fiocruz.br

Todos nós brasileiros somos carne da carne daqueles pretos e índios supliciados. Todos nós brasileiros somos, por igual, a mão possessa que os supliciou. A doçura mais terna e a crueldade mais atroz aqui se conjugaram para fazer de nós a gente sofrida que somos e a gente insensível e brutal, que também somos. Descendentes de escravos e de senhores de escravos seremos sempre servos da malignidade destilada e instalada em nós, tanto pelo sentimento da dor intencionalmente produzida para doer mais, quanto pelo exercício da brutalidade sobre homens, sobre mulheres, sobre crianças convertidas em pasto de nossa fúria.

A mais terrível de nossas heranças é esta de levar sempre conosco a cicatriz de torturador impressa na alma e pronta a explodir na brutalidade racista e classista. Ela é que incandesce, ainda hoje, em tanta autoridade brasileira prediposta a torturar, seviciar e machucar os pobres que lhes caem às mãos. Ela, porém, provocando crescente indignação nos dará forças, amanhã, para conter os possessos e criar aqui uma sociedade solidária.

Darcy Ribeiro

Autores

Alba Lucy Giraldo Figueroa
Antropóloga pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHSS), Paris; doutora em antropologia. Atua no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Alice Cristina Medeiros
Nutricionista pela Universidade Federal do Pará (UFPA); doutoranda em saúde coletiva e mestre em nutrição humana pela Universidade de Brasília (UnB). Atualmente é consultora técnica da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Amaro Crispim de Souza
Filósofo pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); mestre em filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); especialista em Saúde do Idoso.

Ana Amélia Galas Pedrosa
Nutricionista; sanitarista; mestre em políticas públicas pela Universidade Federal do Maranhão (1998); especialista em informação e informática em saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Atualmente é professora de epidemiologia TP-10 da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí e coordenadora da Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

Ana Lúcia Ferreira
Médica; doutora em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); professora adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ; pediatra do Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira da UFRJ.

André Luiz Teixeira Vinci
Graduado em informática biomédica pela Universidade de São Paulo (USP); mestrando em saúde na comunidade pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP). Atualmente atua com informática biomédica no Observatório Regional de Atenção Hospitalar (Orah) pela FAEPA/HC-FMRP.

Anna Tereza Miranda Soares de Moura
Pediatra; doutora em epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); atuando no Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF) do IMS/UERJ; coordenadora do Ambulatório da Família do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ);

Carlos Eduardo Zuma
Psicólogo; especialista em psicologia cognitiva e terapia de família pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); co-fundador e secretário-executivo do Instituto Noos de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais, Fellow da Ashoka Empreendedores Sociais.

Cheila Marina de Lima
Enfermeira; especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde; especialista em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Consultora da Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Cláudia Araújo de Lima
Pedagoga; doutoranda em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); mestre em saúde pública pela Ensp/Fiocruz, na área de gestão de redes e serviços de saúde. Assessora técnica da área de saúde da mulher no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Ministério da Saúde.

Corina Helena Figueira Mendes
Psicóloga; advogada; doutora em ciências pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), atua na Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência da Secretaria de Estado de Saúde/RJ; psicóloga do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec/Fiocruz); consultora na área de violência.

Cynthia Gazal Carvalho
Médica; pós-doutorada na área de prevenção de causas externas pela Johns Hopkins University, nos Estados Unidos; doutora em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo (USP); pesquisadora da Johns Hopkins University; consultora da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde.

Deborah Carvalho Malta
Pediatra; sanitarista; doutora em saúde pública/administração; mestre em saúde pública/epidemiologia; professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); coordenadora geral da área de doenças e agravos não-transmissíveis do Ministério da Saúde.

Edinilsa Ramos de Souza
Psicóloga; doutora em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz).

Edson Silva
Jornalista; pesquisador do Departamento de Jornalismo da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)/Grupo Mídia Sem Fronteiras nas áreas de jornalismo, prevenção da violência e cultura de paz; editor do site www.redepazbrasil.ufms.br.

Eneida Anjos Paiva
Médica; especialista em medicina social; graduanda em letras vernáculas – língua estrangeira moderna na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Servidora da Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

Fátima Gonçalves Cavalcante
Psicóloga; doutora em ciências; pesquisadora da área de violência; colaboradora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz); professora do mestrado em psicanálise, saúde e sociedade na Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Fernando José Cezimbra Faraco
Mestre em epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Joviana Quintes Avanci
Psicóloga; doutora em saúde da criança e da mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); pesquisadora-colaboradora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz) na área de violência contra a criança e o adolescente.

Kathie Njaine (Organizadora)
Comunicóloga; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz); atua em pesquisas na área de informação, mídia e violência, violência e juventude e avaliação de programas e serviços.

Luciana Phebo
Pediatra; mestre em saúde pública pela Johns Hopkins University, nos Estados Unidos; formada em saúde internacional pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS); coordenadora do escritório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) no Rio de Janeiro; atuou no programa Epidemic Intelligent Service/Centers for Disease Control and Prevention, nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e no projeto Viva Rio; coordenou a Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (Apav/SES/RJ).

Ludmila Fontenele Cavalcanti
Assistente social; advogada; doutora em ciências pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); coordenadora do Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino; atua no Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, no Rio de Janeiro; consultora na área de violência.

Márcio Denis Medeiros Mascarenhas
Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); doutorando em ciências médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); mestre em ciências e saúde e especialista em saúde pública pela UFPI; especialista em epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG).

Maria Cecília de Souza Minayo
Socióloga; antropóloga; doutora em saúde pública; pesquisadora titular da Fiocruz; coordenadora científica do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz).

Maria Luiza Carvalho de Lima
Médica; epidemiologista; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/Recife na área de violência e saúde.

Marta Maria Alves da Silva
Médica sanitarista; mestre em saúde coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp); consultora técnica da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde; coordenadora da área de vigilância e prevenção de violências e acidentes.

Mércia Gomes Oliveira de Carvalho
Fisioterapeuta; mestre em ciências da nutrição (área de concentração em saúde coletiva) pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa (Unipê). Vinculada ao Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS) – Rede da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec). Atua no Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (Daras) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS.

Miriam Schenker
Psicóloga; doutora em ciências pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); terapeuta de família; coordenadora científica do Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária; pesquisadora-colaboradora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz) na área de violência familiar e de violência, família e uso de drogas.

Nádia Degrazia Ribeiro
Psicóloga da Superintendência de Administração Penitenciária e do Hospital Infantil Ismélia Silveira, no Rio de Janeiro; coordenadora do Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência do município de Duque de Caxias/RJ.

Naíza Nayla Bandeira de Sá
Nutricionista pela Universidade Federal do Pará (UFPA); doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB); mestre em nutrição humana (UnB); especialista em nutrição clínica (UFPA). Consultora técnica da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Olga Maria Bastos
Médica do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), com experiência no atendimento a adolescentes em situação de violência; doutora cuja tese foi sobre adolescentes com deficiência mental; membro do Núcleo de Apoio aos Profissionais (NAP), que atende crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

Patricia Constantino (Organizadora)
Psicóloga; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); pesquisadora visitante do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz).

Paulo Amarante
Médico; doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); professor e pesquisador titular da Ensp e da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz); atua na área de psiquiatria nos temas reforma psiquiátrica, filosofia da ciência, saúde mental, instituições de saúde e história da psiquiatria.

Renata Pires Pesce
Pesquisadora; mestre em saúde da mulher e da criança pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); colaboradora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz); especialista na área de violência contra a criança e o adolescente.

Romeu Gomes
Pedagogo; professor de sociologia e psicologia licenciado pelo MEC; livre docente em psicologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); pesquisador titular do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com experiência em pesquisa sobre os temas violência, sexualidade e antropologia da saúde.

Rosana Morgado
Assistente social; doutora em sociologia; professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); coordenadora do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Política Social (NEPPS/ESS); pesquisadora do Núcleo de Estudos e Trabalhos sobre Infância e Juventude (NETIJ/ESS).

Rosane Lima Aparecida Monteiro
Graduação em administração de empresas pela Universidade de Ribeirão Preto; mestre em saúde na comunidade pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Técnica em informática da FMRP/USP.

Rurany Ester Silva
Assistente social; especialista em saúde pública. Coordenadora geral de saúde da Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.

Simone Gonçalves de Assis (Organizadora)
Médica; pós-doutorada pela Cornell University, nos Estados Unidos; doutora em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz), atuando na área da violência e saúde, em especial no que se refere a crianças, adolescentes e jovens em situação de violência.

Simone Gryner
Psicanalista; especialista em psicologia clínica e em violência doméstica pela PUC-Rio; coordenadora executiva do Núcleo de Atenção à Violência (NAV); organizadora dos livros *Lugar de palavra* (NAV/SMDS/BID/2003) e *A violência começa quando a palavra perde o valor* (NAV/SMS/2004).

Sônia Gesteira e Matos
Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais (1983); mestre em saúde pública (2002) e especialista em epidemiologia em serviços de saúde, ambos pela Universidade Federal de Minas Gerais (1992). Atualmente é médica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Suely Ferreira Deslandes
Socióloga; doutora em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública; pesquisadora do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz).

Valter Chaves Costa
Médico; licenciado em biologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista em saúde pública e saúde coletiva; técnico da Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde.

Vilma Pinheiro Gawryszewski
Médica epidemiologista; coordenadora do Núcleo Estadual de Prevenção de Acidentes e Violências de São Paulo.

Viviane Manso Castello Branco
Pediatra; mestre em saúde pública; especialista em violência doméstica pela Universidade de São Paulo (USP); assessora de promoção da saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro; responsável pela Gerência de Saúde do Adolescente no período de 1992 a 2006; conselheira municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente por 10 anos.

Sumário

Prefácio

Nos últimos anos o Sistema Único de Saúde (SUS) defronta-se com a necessidade de desenvolver respostas adequadas aos efeitos crescentes das violências em nosso país. Vê-se um aumento vertiginoso de situações violentas e, em especial, daquelas com alto grau de letalidade. No ano de 2011, as chamadas causas externas, entre as quais as agressões e os acidentes de transporte, geraram 145.842 óbitos no Brasil, sendo a terceira causa de morte no país e a segunda no sexo masculino.

O incremento das taxas de mortes violentas, bem como do número de pessoas que em consequência da violência passam a viver com lesões graves e incapacitantes, delegou ao sistema de saúde os desafios de construir e consolidar outras formas de abordagem da atenção à saúde, da vigilância, da prevenção e da promoção da saúde.

Este desafio torna-se maior em relação à violência sexual e doméstica, em que ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito. Impõe-se, pois, o desafio de se conhecer a magnitude e natureza da violência e o perfil das vítimas e dos agressores. Neste sentido, o setor saúde precisa implementar ações de vigilância de causas externas por meio da melhoria da qualidade das informações destes agravos e formular políticas públicas que busquem articular o setor saúde com os demais setores, fomentando redes de atenção integral e de proteção social às pessoas vítimas de violências.

O Ministério da Saúde, com base no reconhecimento da violência como questão de saúde pública e, ao mesmo tempo, de sua conexão com fenômenos sociais relativos às desigualdades, ao desemprego, à pobreza, ao desrespeito aos direitos humanos e à impunidade, entre outros fatores, priorizou a temática. Assim, publicou-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001), implantou-se a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n. 936, de 18 de maio de 2004) e incluiu-se a redução das violências como prioridade na Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n. 687, de 30 de março de 2006).

Contudo, diante do tamanho da problemática que temos quando no cotidiano das ações sanitárias deparamo-nos com situações de violência, precisamos investir cada vez mais na preparação e formação dos gestores e trabalhadores do SUS. A realização do presente curso – promovido e financiado pelo Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde – procura oferecer uma visão ampla e consistente do tema e, simultaneamente, facilitar o acesso dos gestores e trabalhadores, fazendo-se a distância e contemplando profissionais dos níveis superior e médio. É oportuna e integra o esforço do Ministério da Saúde em cumprir seu papel institucional quanto à formação de competências no SUS.

Por fim, deve-se destacar a relevante parceria com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz), que coordena o curso com grande esforço e competência. Ressalta-se, também, a parceria com a Coordenação de Educação a Distância (EAD/Ensp/Fiocruz) que, juntamente com o Claves, organizou todo o material didático e implantou o curso nesta modalidade de educação, contribuindo, com sua larga experiência, para o processo educativo em saúde no Sistema Único de Saúde.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Secretário de Vigilância em Saúde
SVS/MS

Apresentação

Prezado(a) leitor(a),

Hoje no Brasil a violência vitima mais pessoas que o câncer, a Aids, as doenças respiratórias, metabólicas e infecciosas. Ela se constitui em uma das principais causas de mortalidade geral e na primeira causa de óbito da população de 5 a 49 anos de idade. Para que se tenha ideia da devastação humana que a violência provoca, seja pela perda de vidas, seja pelas lesões físicas e morais que impinge a suas vítimas, ressaltamos que mais de um milhão de brasileiros morreram por esta causa em 10 anos, na década de 1990. A violência vem fazendo parte da acentuada mudança no perfil de morbimortalidade nacional nos últimos 35 anos, quando as doenças infecciosas deram lugar às enfermidades crônicas e degenerativas e aos agravos típicos dos estilos de vida. No entanto, e apesar da indiscutível evidência dos dados nacionais sobre o impacto desse problema social na qualidade de vida da população brasileira, ainda é escassa a consciência dos gestores do setor sobre a gravidade da situação e sobre o importante papel que a área da saúde pode desempenhar.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), num gesto histórico, publicou um Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, abrangendo seus mais diferentes aspectos, os mais variados grupos afetados e propostas de atuação. Ademais, essa Organização Internacional colocou este problema como uma das cinco prioridades para as Américas nos anos iniciais do século XXI.

No caso brasileiro, em 16 de maio de 2001, o Ministro da Saúde promulgou uma portaria (MS/GM n. 737 de 16/05/2001) denominada *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* oficializando e legitimando uma proposta de enfrentamento do problema pelo setor. Após a formulação da Política, cujo principal efeito foi legitimar e integrar ações que vinham sendo realizadas com muita competência, planos de ação e vários documentos de normalização vêm sendo formulados e implantados.

Desta forma, entendemos que este livro se insere em metas internacionais da OMS e responde a diretrizes da Política Nacional. Vem se somar aos esforços de internalização da problemática e de seu enfrentamento pelo setor e, por isso, nele compartilhamos com você o resultado de muitos anos de experiência, de reflexão e de atuação diante do tema em pauta. Conjugamos esforços de diversas instituições governamentais e não governamentais no país, que com seus profissionais vêm acumulando experiência na atenção a pessoas em situação de violência; o conhecimento do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz), que desde 1989 atua na área de pesquisa, ensino e assessoria sobre o assunto; o Ministério da Saúde, por meio da atuação do Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde.

O livro se divide em três partes, subdivididas em vinte e um capítulos. A primeira trabalha os fundamentos da violência em suas várias expressões e classificações, define-a como histórica, social, cultural, subjetiva, complexa e polissêmica. Os textos desta parte inicial evidenciam conceitos, dados e diferentes interpretações. Apresentam uma multiplicidade de visões sobre o problema, já que não há uma visão positivista única que lhe dê resposta e tenha pretensões de verdade. Nesta primeira parte apresentamos dados que mostram ser preconceituosa a ótica muito comum na sociedade brasileira, segundo a qual, a violência é um atributo dos pobres ou é um problema de origem biológica. Também mostramos que é cientificamente errôneo infligir maus-tratos e abusos às crianças em nome de uma pedagogia educacional. Isso prejudica seu crescimento e desenvolvimento e, ao contrário do que muitas vezes imaginamos, a violência praticada contra elas alimenta a violência social e vice-versa. Assim, você verá que muitas das orientações trazidas nos textos são diametralmente opostas ao senso comum e aos preconceitos.

A segunda parte deste livro trata da atenção a pessoas em situação de violência, considerando os ciclos de vida e das condições de vulnerabilidades nos aspectos individuais e coletivos. Buscamos contribuir para uma reflexão sobre as possibilidades de ação nos vários níveis de atenção do setor saúde diante da violência (atendimento, prevenção, reabilitação e promoção de vida saudável). Acreditamos, também, que outros setores que lidam com a questão da violência possam estar alimentando-se desta discussão.

A última parte dedica-se a dialogar com os gestores de saúde dos diversos níveis de atenção e busca trazer a reflexão realizada nos capítulos anteriores do livro para a gestão dos serviços. Seus capítulos contribuem também para que gestores de outras áreas percebam a importância da ação intersetorial e da formação de redes de atenção a pessoas em situação de violência.

Entendemos que, ao considerarmos a violência um grave problema de saúde pública, o setor saúde precisa estar em colaboração permanente com a área de educação, de segurança pública, de ação social, de urbanização, de trânsito, dentre outras.

Como fruto de um esforço comum, este livro significa mais um passo no caminho e no coroamento das várias iniciativas anteriores, contribuindo, de forma efetiva, para a incorporação do tema no âmbito do setor saúde, principalmente no Sistema Único de Saúde. Esperamos, por fim, que ele o enriqueça humanamente, pois a violência social nos concerne a todos.

As Organizadoras

I | Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde

Ilustração: Edvaldo Jacinto Correia (2007).

1. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde

Maria Cecília de Souza Minayo

Prezado leitor, este primeiro capítulo está relacionado a todos os outros que você encontrará neste livro. Seu objetivo é dar a você uma visão geral do conceito de violência e de sua contextualização na realidade brasileira. Portanto, como uma porta que se abre, ele lhe apresentará e descreverá várias questões, sem ter a pretensão de aprofundá-las. Esse aprofundamento ficará por conta das outras abordagens que tratarão de questões específicas.

Para compreender e enfrentar a violência, devemos localizar a sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida. Na maioria dos países desenvolvidos há mais tempo, e no Brasil, nos últimos 20 anos, as enfermidades infecciosas vêm cedendo lugar às doenças crônicas e degenerativas e aos agravos provocados por violências e acidentes. Esses problemas dependem, em grande parte, das condições de vida, das questões ambientais, dos avanços que estão ocorrendo na ciência e tecnologia do setor, sobretudo na biologia, e também, mas não prioritariamente, nas intervenções e nos procedimentos médicos. A esse movimento de mudança no perfil e no contexto das taxas de mortalidade e de morbidade, os estudiosos dão o nome de transição epidemiológica (BARRETO; CARMO, 1995; OMRAM, 1971).

Para refletir

Você observa alguma mudança no perfil de doenças e de saúde da população de seu município nos últimos 20 anos?

O caso da violência é exemplar para entendermos a transição que junta questões sociais e problemas de saúde. **Violência** não é um problema médico típico, é, fundamentalmente, um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade. No entanto, a violência afeta muito a saúde:

- ela provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais;
- diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;
- mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde;
- coloca novos problemas para o atendimento médico; e
- evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

Para refletir

Você concorda com os argumentos que foram apresentados no último parágrafo?

Como conceituar a violência

Em 2002, pela primeira vez, a Organização Mundial da Saúde se pronunciou em relação à violência de forma mais contundente do que a que vinha adotando até então, quando apenas classificava os efeitos desse fenômeno ou realizava análises e fazia recomendações esporádicas sobre o assunto. Para isso divulgou o *Relatório mundial sobre violência e saúde*, no qual define o problema como:

> uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Muitas outras definições existem, algumas coincidentes, algumas divergentes. Por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge a qualquer conceituação precisa e cabal. É importante aqui distinguir os conceitos de violência e de agressividade. Em que pesem as muitas definições – e

algumas delas bastante contraditórias –, podemos dizer, segundo Freud (1980), que a agressividade é um impulso nato, essencial à sobrevivência, à defesa e à adaptação dos seres humanos. Constitui-se como elemento protetor que possibilita a construção do espaço interior do indivíduo, promovendo a diferenciação entre o EU e o OUTRO. Portanto, a agressividade, ao contrário da violência, inscreve-se no próprio processo de constituição da subjetividade. A transformação da agressividade em violência é um processo ao mesmo tempo social e psicossocial para o qual contribuem as circunstâncias sociais, o ambiente cultural, as formas de relações primárias e comunitárias e, também, as idiossincrasias dos sujeitos. Colocam-se a seguir algumas de suas características discutidas por muitos autores, dentre eles Minayo (2003; 2005).

A violência é um fato humano e social

Não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência. Ela consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há sociedades mais violentas do que outras, o que evidencia o peso da cultura na forma de solução de conflitos.

A violência é histórica

Cada sociedade, dentro de épocas específicas, apresenta formas particulares. Por exemplo, há uma configuração peculiar da violência social, econômica, política e institucional no Brasil, na China, na Holanda. Da mesma forma, a violência social, política e econômica da época colonial brasileira não é a mesma que se vivencia hoje, num mundo que passa por grandes transformações.

Há formas de violência que persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades

É o caso da violência de gênero (sobretudo do homem contra a mulher), que se fundamenta nos papéis diferenciados por idade (dos adultos contra as crianças e contra os idosos), e das diferentes formas de discriminação de "raças" (dos brancos contra os negros, de outros grupos contra os judeus e atualmente contra os árabes). Essas modalidades de expressão permanecem "naturalizadas": é como se, ao cometê-las, as pessoas julgassem que estão fazendo algo normal. Os tipos de relação anteriormente citados atravessam todas as classes e os segmentos sociais. Por

isso configuram uma modalidade de violência cultural, ou seja, um jeito próprio e típico de pensar, sentir e agir. Para mudar essa naturalização da violência é preciso atuar, intervir e, inclusive, denunciar e punir quando for o caso. As conquistas dos movimentos feministas, dos movimentos em prol da cidadania das crianças e dos adolescentes, dos movimentos dos negros e dos homossexuais estão aí para provar que é possível "desnaturalizar" as formas de reprodução da dominação, de submissão e os agravos provenientes desses fenômenos.

A violência abrange todas as classes e os segmentos sociais

Isso acontece, embora algumas de suas expressões sejam mais típicas dos pobres, e outras, da classe média e dos ricos. É uma falsa ideia achar que os pobres são mais violentos. Pobreza não é sinônimo de violência e prova disso é que, se fosse o caso, os estados, as cidades e os bairros brasileiros mais pobres estariam em pé de guerra e quase metade da população viveria em estado de revolta contra os mais ricos. Mas isso não ocorre. No entanto, estudiosos do assunto revelam que:

> Investimento em educação formal, na universalização dos direitos políticos, sociais, individuais e específicos e na melhoria das condições de vida dos pobres e dos trabalhadores fez muito mais, historicamente, para a superação das formas graves de violência física e da violência criminal nos países da Europa, por exemplo, do que os investimentos em segurança pública estrito senso. No entanto, o papel da segurança pública no Brasil e no mundo de hoje também é fundamental (CHESNAIS, 1981).

A violência também está dentro de cada um

Geralmente achamos que violento é o outro. Mas estudos filosóficos e psicanalíticos mostram que a não-violência é uma construção social e pessoal. Do ponto de vista social, o antídoto da violência é a capacidade que a sociedade tem de incluir, ampliar e universalizar os direitos e os deveres de cidadania. No que tange ao âmbito pessoal, a não-violência pressupõe o reconhecimento da humanidade e da cidadania do outro, o desenvolvimento de valores de paz, de solidariedade, de convivência, de tolerância, de capacidade de negociação e de solução de conflitos pela discussão e pelo diálogo.

A violência tem solução

Por ser histórica e por ter a cara da sociedade que a produz, a violência pode aumentar ou diminuir pela força da construção social. Suas formas mais cruéis – que ocorrem nos níveis coletivos, individuais e privados – precisam ser analisadas junto com as modalidades mais sutis, escondidas e simbólicas, de forma muito profunda e aberta, para que todos possam colaborar. Afinal, todos são atores e vítimas.

Para refletir

Essa reflexão inicial trouxe alguma contribuição para você? Com base na experiência e na vivência que possui do assunto, que pontos você destacaria?

Antes da publicação do *Relatório mundial sobre violência e saúde* da OMS, o Ministério da Saúde já havia se pronunciado sobre o assunto. Depois de longo debate com diferentes segmentos sociais a respeito da situação do Brasil, de ouvir os membros do Conselho Nacional de Saúde e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, aprovou uma portaria e publicou um documento, denominado *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência*, Portaria MS/GM n. 737 de 16/05/01(BRASIL, 2001), visando orientar o setor quanto a sua atuação diante do problema. Para isso ofereceu uma definição de violência com a qual pudéssemos operar a política e promover planos de ação nos três níveis de gestão. Essa definição praticamente coincide com a da OMS.

Violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual (BRASIL, 2001).

No documento, de forma resumida, o Ministério:

- insere o tema da violência no marco da promoção da saúde, entendendo que o setor precisa contribuir para a universalização da cidadania e buscar atuar proativamente diante dos problemas que tornam a sociedade e os grupos específicos mais vulneráveis;
- mostra que é preciso investir na compreensão do fenômeno, para diagnosticá-lo, notificá-lo melhor e para buscar formas específicas de atuação;
- analisa a precariedade das informações sobre o tema e a excessiva subnotificação, entendendo-as como parte do reducionismo com que o modelo biomédico vinha trabalhando o tema ou, ainda, como fruto do desconhecimento, da negação, da negligência, da falta de preparação dos profissionais e das instituições;
- reconhece que é preciso intervir na formação e na sua atuação institucional, pois frequentemente os serviços e seus profissionais

são vítimas, mas, principalmente, também são atores de violência e precisam ter consciência de que contribuem com sua cota para a crueldade de que é vítima a população. Isso ocorre, sobretudo, nas relações com os mais pobres que recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS), quando tratam mal e burocraticamente, são insensíveis, discriminam e negligenciam cuidados;

- entende que, nos diversos níveis, o setor precisa planejar e adequar a gestão para atender às mudanças do perfil epidemiológico brasileiro. E no caso da atenção à violência, mostra que é urgente a reorganização da atenção pré-hospitalar, da emergência hospitalar e dos serviços de reabilitação;
- propõe uma filosofia e uma prática intersetoriais e articuladas com a sociedade civil;
- elabora orientações para acompanhamento e monitoramento das ações, ao mesmo tempo que elas vão sendo implantadas;
- acrescenta a definição de acidente à de violência. Assim o faz porque, na Classificação Internacional das Doenças (CID), violência e acidentes vêm juntos.

Acidente é um evento não-intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e em outros espaços sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o de esportes e lazer, dentre outros (BRASIL, 2001).

O interessante da associação entre a definição de violência e a de acidentes é constatar que, frequentemente, existe uma linha divisória muito tênue entre as duas categorias. Ou seja, muitos acontecimentos violentos são tidos como acidentes, o que leva à sua banalização. É o caso, por exemplo, das mortes e dos traumas que ocorrem no trânsito. Considerando a dificuldade de estabelecer o caráter de intencionalidade dos acidentes, no seu documento oficial o Ministério entende que, tanto os dados como as interpretações referentes a eles comportam sempre certo grau de imprecisão. Ou seja, para nós é difícil dizer ou ter certeza de que eles realmente são violências que poderiam ser evitadas (por exemplo, pela abstenção de bebidas ou por seguir as regras do Código Nacional de Trânsito) ou fatalidades totalmente fora de controle ou de previsão.

Para refletir

Qual a sua visão sobre a comum associação entre as definições de violência e de acidentes?

Os acidentes e violências configuram assim um conjunto de eventos e lesões que podem ou não levar a óbito, reconhecidos na Classificação Internacional das Doenças como causas externas.

Na CID, a categoria "causas externas" inclui os homicídios, os suicídios e os acidentes (de todas as espécies, mas os que mais vitimam a população são os de transporte e de trânsito). Nos traumas que provocam enfermidades ou incapacidades a Organização Mundial da Saúde inclui as lesões físicas e psíquicas, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e as intoxicações.

Como conceituar os acidentes violentos que mais afligem os brasileiros

São muitos os tipos de acidentes que, como visto anteriormente, matam, causam lesões e traumas. A maioria poderia ser prevenida. Isso leva os estudiosos e a sociedade a questionarem até que ponto muitos dos acidentes seriam eventos "sem intencionalidade". A seguir se discorre sobre três tipos mais comuns: os acidentes de trânsito, os acidentes de trabalho e os acidentes domésticos.

Acidentes de trânsito

Esses eventos violentos matam cerca de 25 a 30 mil brasileiros por ano, e entre 250 mil e 300 mil pessoas sofrem lesões mais ou menos graves que demandam gastos públicos, custos sociais e geram incapacitações. Mas esse quadro pouco comove a população.

Para refletir

Será que há menos mortes por atropelamento e colisão de veículos do que por câncer ou consequências da Aids, doenças que tanto mobilizam a sociedade?

Pense no seu Estado e no seu município.

Em vários países, as perdas de vida humana no trânsito estão cada vez mais controladas. Algumas nações, como a Suécia, conseguiram colocar como meta morte zero no trânsito. Todos os estudiosos desse assunto são unânimes em mostrar que esse tipo de meta depende de vários fatores, dentre os quais:

Problemas de engenharia e conservação de estradas e ruas

Buracos, defeitos nas pistas, pontos de cruzamento perigosos (onde se sucedem mortes e acidentes) podem e devem ser detectados e corrigidos,

por vigilância constante. Hoje, as estradas brasileiras de intensa circulação são verdadeiras pistas de morte, pela sua má conservação. Mas dentro das cidades grandes e pequenas, gestores responsáveis deveriam estar muito mais atentos aos chamados pontos críticos, para melhorar seu estado e sinalização. É possível, com medidas práticas e pouco custosas, criar condições locais para que diminuam substancialmente as mortes e as incapacitações devidas ao trânsito. O setor saúde pode ajudar muito quando se articula com as secretarias de transporte para estabelecer um plano de respeito à vida, de modo que as pessoas não sejam mortas ou traumatizadas por questões que podem ser resolvidas com intervenção do poder público.

Para refletir

Como está a situação do trânsito em seu município?

As ruas são bem sinalizadas?

Existe algum ponto onde ocorrem mais acidentes?

Alguma estrada ou via expressa atravessa a localidade?

Você já havia pensado que os profissionais da saúde, por meio da vigilância e análise das informações, poderiam se articular com outros setores e prevenir a ocorrência de acidentes?

Problemas de desenho e segurança dos veículos

Deveria existir responsabilidade compartilhada entre empresas, oficinas mecânicas e motoristas para tornar o trânsito e os transportes mais seguros. Faz parte da consciência social manter os carros em boas condições de direção. E os poderes públicos têm obrigação de não transigir em projetos e situações que, para baratear custos, deixam os cidadãos em risco de morte.

Problemas dos motoristas

A maioria dos acidentes com mortes e incapacitações tem, na sua causalidade, os seguintes fatores associados: o consumo de álcool (em mais 50% dos casos), sonolência (já está provado cientificamente que ninguém consegue controlar o sono), falta de respeito a sinais, brigas de trânsito e excesso de velocidade. A educação dos motoristas para evitar os problemas que os deixam mais vulneráveis e para respeitar os pedestres é crucial. Há muito sabemos de tudo isso no Brasil e pouco conseguimos mudar. O setor saúde, pela consciência do problema, já está intervindo e utiliza, para projetos de prevenção, a parte que lhe toca

nos recursos do DPVAT (seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres).

Do total de recursos arrecadados pelo DPVAT, 45% são destinados ao Fundo Nacional de Saúde. Nos últimos tempos o Ministério da Saúde vem efetivamente aplicando os recursos do DPVAT na prevenção e no atendimento às vítimas de acidentes de trânsito. Em alguns municípios do país vem sendo criado o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, que procura articular o setor saúde, o trânsito e áreas afins.

Problemas de pedestres

Os pedestres não são os principais responsáveis pelos acidentes e violências no trânsito, mas no Brasil são as maiores vítimas, dentre as quais se destacam crianças e idosos. A educação para o trânsito, cada vez mais, tem que fazer parte das habilidades de qualquer cidadão. No caso dos idosos, as autoridades precisam levar em conta o crescimento dessa população e sensibilizar e orientar motoristas e a comunidade para compreender e respeitar suas limitações, como maior lentidão, perda de visão e de audição. Quando entram nos veículos públicos, é preciso esperá-los e ajudá-los a se acomodar. Estudos mostram que a terça parte desse grupo, quando sofre queda ou atropelamento, morre imediatamente ou, como consequência do acidente, no primeiro ano a seguir.

Existe um novo Código Nacional de Trânsito, aprovado em 1998. Não é perfeito, mas é considerado muito bom por todos os especialistas. São necessárias divulgação e sensibilização para que ele seja praticado. Também é importante que haja repressão aos transgressores, pois muitos cometem verdadeiros "homicídios" pela falta total de respeito à vida do outro. O abuso de álcool ou outras drogas, o excesso de velocidade e o sono reprimido são três ingredientes explosivos nos acidentes fatais e com lesões graves. Em muitas cidades, sobretudo os jovens, nos embalos das madrugadas, costumam desdenhar esses três fatores: nesse grupo social se concentra boa parte das mortes prematuras por causas externas.

Para refletir

Você já observou como os pedestres de seu município se comportam nas vias públicas e nas travessias? Que grupos são as maiores vítimas dos acidentes de trânsito na localidade?

Violência e acidentes de trabalho

Dentre as várias formas de violência e acidentes de trabalho, você poderá conhecer um pouco mais sobre essa expressão da violência no Capítulo 13, da Parte II, que aborda a questão entre os trabalhadores da saúde e educação.

As fontes de informação sobre esse tipo de problema estão cada vez mais imprecisas, pois sabemos que, hoje, a maioria da população (mais de 53%) trabalha na informalidade. Em termos gerais, os estudos mostram que o número de mortes de trabalhadores do mercado formal está diminuindo enquanto o número dos que sofrem lesões e traumas está aumentando. É interessante observar dois fatos sobre esse problema:

- o grupo que apresenta maior número de vítimas é o da construção civil, em que muitos operários trabalham sob pressão, sem equipamentos de proteção e sem direitos sociais. O segundo grupo é dos motoristas que morrem ou se acidentam em serviço, pelos motivos já aludidos na parte do texto que tratou do trânsito;
- o segundo ponto a ser observado é que, cada vez mais, existe uma convergência entre violência social e violência no trabalho. Os estudos na área mostram que os trabalhadores rurais e urbanos estão morrendo principalmente por homicídios e acidentes de trânsito (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Acidentes domiciliares

Embora sejam muitas as modalidades desse problema, chamamos atenção para os dois tipos principais:

- envenenamentos por produtos de limpeza, principalmente por parte de crianças que ingerem detergentes e sabão em pó, entre outros;
- quedas de pessoas idosas provocadas por pisos inadequados para suas condições físicas, móveis inseguros, ausência de barras de apoio, entre outros fatores.

Ambos os problemas se relacionam, quase sempre, ao descaso, às negligências e às privações de cuidados por parte dos adultos.

A persistência da violência na vida social

A violência não se manifesta apenas na morte por agressão física ou por acidente de trânsito: essa é sua forma mais cruel porque aniquila a vida. Mas há modalidades de atuação que provocam danos à própria pessoa, a outrem e à sociedade. Elas estão presentes na vida social brasileira, reproduzindo-se nas estruturas, nas relações e nas subjetividades, de maneira insidiosa e persistente.

Para refletir

Antes de continuar a leitura, procure identificar, com base na sua experiência, os tipos de ação ou relação que provocam danos para a sua vida pessoal e para a comunidade em que você vive.

A VIOLÊNCIA E OS ACIDENTES HOJE SE CONCENTRAM NAS ÁREAS URBANAS DO PAÍS

Quando olhamos os dados de morbimortalidade por violência no Brasil, descobrimos que a maioria dos óbitos e das lesões e traumas (cerca de 80%) ocorre nas cidades e, sobretudo, se deve à existência de grupos de delinquência comuns ou vinculados ao tráfico de drogas, a agressões interpessoais e a acidentes de trânsito e de transporte. Um fator muito importante na produção da violência que se concentra nas cidades são as armas de fogo, que, pouco a pouco, em todo o território nacional, foram substituindo as peixeiras, as armas brancas: em 2005, 90% dos homicídios foram cometidos com uso desse tipo de arma.

Hoje, no país, existe uma concentração da mortalidade por violências nas cidades com mais de 100 mil habitantes: em cerca de 27 municípios que correspondem a 1% da totalidade, mas que possuem 25% da população do país, ocorreram 50% das mortes violentas no ano 2000 (data tomada como exemplo, pois, como vimos, as taxas são mais ou menos permanentes e altas). Os 224 municípios com mais de 100 mil habitantes concentram hoje 62,1% de toda a mortalidade por causas externas do país.

Tipos de manifestações que provocam sérias consequências para a vida pessoal e social

Violência criminal

A violência criminal é praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida e aos seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública: polícia, ministério público e poder judiciário. Dentre os problemas criminais gravíssimos, hoje, no Brasil, temos as gangues e as redes de exploração sexual que atuam, sobretudo, vitimando crianças e adolescentes e se espalham por todo o país; o tráfico de seres humanos; a exploração do trabalho escravo, a exploração do trabalho infantil e juvenil; o tráfico de drogas; o tráfico de armas. Todos esses problemas frequentemente juntam pessoas que agem fora da lei com pessoas e instituições aparentemente

honestas e dignas, atuando na busca do lucro dos negócios e apostando na impunidade.

Existem delinquentes pobres e ricos, embora a sociedade tenda a ver apenas os pobres como criminosos. Frequentemente os crimes dos ricos são mais sutis e cometidos com o uso de poder e dinheiro, para obtenção de mais poder, mais dinheiro e submissão de mais pessoas. Poucos deles são apanhados e punidos. Os pobres, ao contrário, lotam as delegacias e penitenciárias públicas.

Os fatores que potencializam o aumento da violência criminal são, principalmente, **corrupção** e **impunidade**: a sensação de que o crime compensa cria na sociedade um sentimento de impotência e alimenta o clima de desconfiança em relação à legalidade, aos políticos e à política. Na situação brasileira hoje se destaca um tipo de **delinquência organizada** em torno do crime internacionalizado de tráfico de drogas e de armas. Suas maiores ocorrências não estão nas áreas mais pobres e sim nas regiões mais dinâmicas onde se processa a atividade econômica. Mas esse tipo de violência inclui também os pobres que vivem nos municípios ricos. Sem emprego e sem condições de empregabilidade, muitos deles se engajam nos projetos de comercialização de armas e drogas, a troco de um salário, para eles, vantajoso. Entram nos conflitos, na linha de frente dos combates, sobretudo visando ao acesso imediato a bens de consumo fugazes e caros. Esses jovens fazem parte do grupo que mais morre e perde a vida precocemente, alimentando as estatísticas policiais e das penitenciárias.

Para refletir

Existe investimento municipal na formação dos jovens pobres de sua cidade?

Como está a questão do emprego para esses jovens?

As principais formas de violência que ocorrem em sua cidade atingem principalmente os jovens ou outros grupos?

Violência estrutural

Diz respeito às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras. **Mais cruel é a violência que mantém a miséria de grande parte da população do país**. Todos os autores que estudam o fenômeno da miséria e da desigualdade social mostram que sua naturalização o torna o chão de onde brotam várias outras formas de relação violenta.

Por exemplo, alguém duvida que crianças vivendo, mendigando ou aprendendo a roubar e a delinquir nas ruas, que a praga da exploração sexual e da exploração do trabalho infantil têm raiz na miséria material e moral a que é submetida parcela importante da população?

Essa discriminação se manifesta também em uma mentalidade de criminalização dos pobres. Alguns estudos brasileiros, realizados por pesquisadores em diferentes localidades, têm demonstrado que em torno de 70% dos jovens mortos por policiais ou executados por membros de gangues nas áreas urbanas não têm antecedentes criminais: são pessoas que atuam no mercado informal ou, simplesmente, estudantes. São pobres que passam por uma segunda seleção social, já que a primeira acontece, para os segmentos populares, pela mortalidade infantil (SOUZA; MINAYO, 2005).

Dentre os diversos tipos de violação dos direitos humanos, a tortura é um ato de violência intensa que ameaça gravemente a integridade física e mental de toda e qualquer pessoa. Dentre essas pessoas estão os presos, os refugiados ou em medida de segurança. A tortura perpassa vários tipos de violência, com destaque para a violência institucional e criminal.

Direitos humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, homens, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas portadoras de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e emigrantes, refugiados, portadores de HIV positivo, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos devem ser respeitados como pessoas e sua integridade física, protegida e assegurada.

Violência institucional

É aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. Os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública são os principais exemplos dados pela própria população quando se refere à violência institucional: a maior parte das queixas dos idosos, quando comparecem às delegacias de proteção, é contra o INSS e os atendimentos na rede do SUS. E os jovens reclamam principalmente das forças policiais que os tratam como se fossem “criminógenos”, ou pelo fato de serem jovens ou por serem pobres. No caso do setor saúde, a tentativa de criar um programa transversal de **humanização do SUS**, em última instância, é o reconhecimento de que a tendência da instituição e dos profissionais é a burocratização ou a tecnificação. Essas falhas se apresentam na despersonalização dos pacientes e na substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos que transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários.

A lei brasileira n. 9.455, de 7 de abril de 1997, que define e penaliza os crimes de tortura, está no site da Rede Nacional dos Direitos Humanos http://www.rndh.gov.br e no site: http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/20020117134514/20021107143927/20021107145057/link.2006-01-24.8861816470

O Programa Nacional dos Direitos Humanos também aprofunda esse tema. Está disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/pndh/pndhII/Texto%20Integral%20PNDH%20II.pdf

Para refletir

Na instituição na qual você trabalha, há alguma forma de violência institucional? Que sintomas de burocratização e impessoalidade mais fazem sofrer os pacientes e seus familiares?

Violência interpessoal

O conflito não é ruim: ele faz parte das relações sociais e humanas. O problema é transformar o conflito em intransigência, exigindo que o outro (seja ele filho, mulher, marido, companheiro, colega, subalterno, classe, grupo social ou país) se cale e se anule, usando autoritarismo, maus-tratos, ameaças ou provocando sua morte.

A violência é, principalmente, uma forma de relação e de comunicação. Quando essa interação ocorre com prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança e inveja, costuma produzir danos morais, psicológicos e físicos, inclusive morte. Devemos distinguir entre conflito e violência. O conflito sempre existiu nas relações entre casais, entre pais e filhos, entre vizinhos, entre chefes e subordinados, por exemplo.

Portanto, o que é grave no caso das interações entre as pessoas é a incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicitação civilizada de pontos de vista diferentes, da compreensão das razões de cada uma das partes, buscando, pela negociação, uma saída pacífica para os problemas. O crescimento das taxas de morte e de internação por violência em hospitais públicos mostra um processo de exacerbação das relações sociais – das formas violentas de resolver conflitos – entre os brasileiros. Sabemos que grande parte das mortes por agressões corpo-a-corpo, por armas brancas e armas de fogo ou por uso de outros objetos contundentes se deve à violência interpessoal. Esse processo afeta mais a população pobre e está associado ao aumento das desigualdades, ao efeito do desemprego crescente, à falta de perspectiva no mercado de trabalho, à facilidade de acesso a armas, à impunidade, à arbitrariedade policial, à ausência ou à omissão das políticas públicas.

A violência tornou-se um indicador negativo da qualidade de vida no país, tanto nos espaços rurais como nas regiões urbanas.

Violência intrafamiliar

Para conhecer mais sobre a construção social de gênero e suas conexões com a violência intrafamiliar leia o Capítulo 7, "Violência de gênero na vida adulta".

Muita gente chama a violência que ocorre dentro das casas de violência doméstica. Nesse caso o foco da análise e da compreensão é o espaço do lar. Neste texto, o conceito de violência é tratado como fruto e consequência de relações. Por isso, damos preferência ao termo intrafamiliar. Na prática, violência doméstica e violência intrafamiliar se referem ao mesmo problema. Ambos os termos dizem respeito aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão. Ambos os conceitos dizem respeito a esse

fenômeno universal que tem séculos de história, formando uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e atos.

A violência intrafamiliar tem muitas manifestações, mas as mais comuns, sobretudo no Brasil, são as que submetem a mulher, as crianças e os idosos ao pai, ao marido e ao provedor. Ou ainda, colocam crianças e jovens sob o domínio – e não sob a proteção – dos adultos. Existem algumas crenças poderosas que fundamentam a violência no interior dos lares:

- que o homem é o chefe, o dono e sabe o que é bom ou ruim para todos. Mas ele se exclui do julgamento dos demais;
- que a criança, para ser educada, precisa ser castigada e punida pelo pai, pela mãe e pelos seus substitutos. Como diz o povo: "A letra com sangue entra."
- que a mulher é domínio e posse do homem;
- que os idosos, por não produzirem mais bens e serviços materiais e frequentemente demandarem cuidados, são inúteis, pesos mortos e descartáveis.

Um sério trabalho de prevenção da violência passa pela desconstrução das crenças assinaladas como configuração da violência intrafamiliar. Esses mitos promovem o poder machista, são discriminatórios e contribuem para a reprodução de uma série de problemas que impedem o crescimento e o desenvolvimento das pessoas.

Violência auto-infligida

Assim são chamados os suicídios, as tentativas, as ideações de se matar e as automutilações. No Brasil, cerca de quatro habitantes por 100 mil, em média, se suicidam, e um número difícil de se calcular tenta se autoinfligir a morte. Os números desse fenômeno no nosso país são muito inferiores aos de outros, sobretudo na Europa, Ásia e Estados Unidos. Mas os estudiosos da violência chamam atenção para o fato de que existe uma relação muito forte entre homicídios e suicídios: ambos expressam sintomas destruidores da sociedade. Apesar de, comparativamente, suas taxas não serem muito significativas, os suicídios e as tentativas de autodestruição têm aumentado entre os jovens e os idosos em todo o país. Entre os trabalhadores, fatores como exposição aos agrotóxicos, problemas de desemprego e exclusão também têm alguma associação – difícil de ser quantificada – com o crescimento do fenômeno.

Um texto interessante sobre suicídio, direcionado para profissionais da saúde, é *Prevenção do suicídio: um manual de atenção de saúde para profissionais da atenção básica*, publicado em 2000 pela OMS.

Violência cultural

A violência cultural é aquela que se expressa por meio de valores, crenças e práticas, de tal modo repetidos e reproduzidos que se tornam naturalizados.

Nessa categoria podem ser classificadas todas as formas de violência que são naturalizadas na cultura de um povo, de um grupo ou de uma sociedade. A cultura reúne as formas de pensar, sentir e agir de uma sociedade, por meio da comunicação, da cooperação e da repetição dessas ações. Toda cultura tende a adotar como certos alguns comportamentos e práticas, e a rechaçar outros. A violência cultural se apresenta inicialmente sob a forma de discriminações e preconceitos que se transformam em verdadeiros mitos, prejudicando, oprimindo ou às vezes até eliminando os diferentes. Nesse sentido se fala de grupos vulneráveis que na nossa sociedade são, principalmente: crianças e adolescentes, idosos, mulheres nas relações de gênero, homossexuais, deficientes físicos e mentais, moradores de favelas, dentre outros. A violência intrafamiliar, por exemplo, tem origem em mitos culturais, como já assinalamos. Chamamos atenção para três tipos específicos de violência cultural: de gênero, racial e contra pessoa diferente, todos eles demonstrando a dificuldade que a sociedade tem de viver com diferenças e de ultrapassar os padrões falsamente tidos como normais.

Violência de gênero

Constitui-se em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas na cotidianidade e geralmente sofridas pelas mulheres. Esse tipo de violência se apresenta como forma de dominação e existe em qualquer classe social, entre todas as raças, etnias e faixas etárias. Sua expressão maior é o machismo naturalizado na socialização que é feita por **homens e mulheres**. A violência de gênero que vitima sobretudo as mulheres é uma questão de saúde pública e uma violação explícita aos direitos humanos. Estimamos que esse problema social cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (GOMES et al., 2005).

Fazer da mulher a vítima no espaço conjugal é uma das maiores expressões de violência de gênero e tem sido um dos principais alvos da atuação do movimento feminista e das políticas do Ministério da Saúde que, nos últimos 50 anos, vem buscando desnaturalizar os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão. Assim, problemas que até então permaneciam como segredos do âmbito privado – "em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher" – passaram a ter visibilidade social.

Violência racial

Uma das mais cruéis e insidiosas formas de violência cultural é a discriminação por raça. No Brasil, essa manifestação ocorre principalmente contra a pessoa negra e tem origem no período colonial escravocrata. Estudiosos mostram que geralmente a violência racial vem acompanhada pela desigualdade social e econômica: no Brasil, os negros possuem menor escolaridade e menores salários. Vivem nas periferias das grandes cidades e estão excluídos de vários direitos sociais. Também morrem mais homens negros do que brancos e se destacam os óbitos por transtornos mentais (uso de álcool e drogas), doenças infecciosas e parasitárias (de tuberculose a HIV/Aids) e homicídios (BATISTA, 2005).

RAÇA

Do ponto de vista da biologia, é sinônimo de subespécie, ou da existência de linhagens distintas dentro de uma mesma espécie. Na espécie humana, a variabilidade genética representa 93% a 95%, indicando, definitivamente, a ausência de raça do ponto de vista biológico. O conceito de raça é, portanto, uma construção social utilizada por regimes coloniais ou por sociedades onde a desigualdade é muito grande, para perpetuar a submissão de uns sobre os outros e até perseguir culturas específicas, como tem sido feito com negros e judeus. A definição de "raças humanas" é, por conseguinte, uma classificação de ordem social, em que a cor da pele e a origem social ganham, graças a uma cultura racista, sentidos, valores e significados distintos. A discriminação e o preconceito racial estão associados ao modo como as pessoas são socialmente classificadas na sociedade brasileira. O racismo é uma forma de violência que alimenta as desigualdades sociais.

No Brasil, para fins de pesquisa, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adota a seguinte classificação de cor da pele ou raça autodeclarada: branca, parda, preta, amarela, indígena e sem declaração. Em outros países, a filiação racial é o critério predominante.

Leia *Raça, ciência e sociedade*, de Marcos Chor Maio e Ricardo Ventura Santos (organizadores), publicado pela Editora Fiocruz, em 2006.

Violência contra a pessoa deficiente

Esse tipo de violência revela de forma aguda a dificuldade que a sociedade tem de conviver com os diferentes, tendendo a isolar os deficientes físicos e mentais, menosprezá-los, molestá-los e a não lhes dar oportunidade de desenvolver todas as suas potencialidades. Pela falta de reconhecimento e de apoio da sociedade e do governo, os deficientes costumam ser considerados como um **peso** para suas famílias. Estudos têm mostrado que esse tipo de discriminação ocorre nos lares, na escola, nas comunidades, no mercado de trabalho, no espaço público. Hoje, a sociedade brasileira, alertada por movimentos sociais que incluem os vários tipos de deficiente, vai tomando consciência dos males da discriminação. No entanto, estudos pontuais revelam que, além das questões que citamos, as mulheres deficientes costumam ser vítimas sobretudo de violência sexual, de estupro e de atentado ao pudor. E pessoas de ambos os gêneros frequentemente são vítimas de cárcere privado, de violência física e de negligência. Geralmente os agressores, muitos deles vivendo na mesma residência que a pessoa deficiente, ficam impunes e seus crimes continuam no segredo da vida privada.

Para refletir

Dos três tipos de violência cultural citados, qual você considera prioritário para sua ação na saúde pública? Por quê?

Natureza da violência

Geralmente a natureza dos atos violentos pode ser reconhecida em quatro modalidades de expressão, também denominadas de abusos ou maus-tratos: **física**, **psicológica**, **sexual** e **envolvendo negligência**, **abandono** ou **privação de cuidados**.

Os termos violências, abusos, maus-tratos não necessariamente significam a mesma coisa. Há várias discussões teóricas a respeito, pois cada um deles traz uma carga ideológica e histórica específica. No entanto, para os efeitos práticos e de divulgação que pretendemos, os termos serão usados como sinônimos e indiscriminadamente.

O termo **abuso físico** significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem (BRASIL, 2001). A violência física costuma ocorrer em todos os ambientes sociais. Mas é muito importante saber o impacto que ela tem para crianças e adolescentes no

espaço familiar ou nas instituições ditas de proteção. Em geral, as pessoas na faixa etária infantil e juvenil, vítimas de espancamentos, costumam ser mais agressivas ou, contraditoriamente, medrosas ou apáticas. Seu crescimento, desenvolvimento e desempenho escolar ficam prejudicados. Frequentemente, na infância e na adolescência, assim como na vida adulta, reproduzem o comportamento agressivo com que foram tratadas. Há uma estimativa do IBGE de que cerca de 20% das crianças brasileiras sejam vítimas de violência física.

A categoria **abuso psicológico** nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Indica também a rejeição de pessoas, na inter-relação. No caso de crianças e adolescentes, o abuso tem um efeito devastador sobre a auto-estima, principalmente quando os pais ou seus substitutos não são afetuosos. Muitos estudos mostram que a baixa auto-estima pode estar associada à formação de personalidades vingativas, depressivas e a desejos, tentativas ou mesmo execução de suicídios.

O **abuso sexual** diz respeito ao ato ou ao jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Estudos têm mostrado que, frequentemente, crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual costumam sofrer também outros tipos de violência, como a física e a psicológica; tendem a sentir muita culpa e a ter baixa auto-estima; podem apresentar problemas de crescimento e de desenvolvimento físico e emocional; e tendem a ser mais vulneráveis a ideias e tentativas de suicídio. Muitas saem de casa quando os abusadores são os pais ou padrastos, passando a viver nas ruas, expostas a agressões e à cultura da delinquência. Grande parte delas costuma sofrer de enfermidades psicossomáticas e sexualmente transmissíveis.

Negligências, **abandonos e privação de cuidados** são formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados. Quando ocorrem com crianças e adolescentes, geralmente os expõem a maus-tratos, desnutrição, atraso escolar, comportamentos hiperativos ou hipoativos e a uma série de riscos de vida, como queimaduras, atropelamentos, ingestão de produtos de limpeza, abusos sexuais, dentre outros. Com o aumento da população idosa, cada vez mais se evidenciam negligências e privação de cuidados para esse grupo de familiares, sobretudo nos

casos de não terem condições financeiras para o seu sustento e quando são dependentes por problemas de saúde.

A categoria abuso econômico e financeiro vem sendo usada para descrever o caso da violência contra idosos, um tipo de problema que se torna cada vez mais comum no Brasil, à medida que a população envelhece. Consiste na exploração imprópria ou ilegal – ou no uso não consentido por eles – de seus recursos monetários e patrimoniais. Essa modalidade de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar e, segundo as delegacias e o ministério público de proteção aos idosos, tem sido a principal queixa dos pais a respeito dos filhos, em primeiro lugar, e depois contra noras, genros e netos. A queixa mais comum assim se configura: os filhos (ou outros membros da família) costumam tentar conseguir a custódia dos bens dos velhos, despossuí-los da liberdade de uso de seus próprios recursos, situações que, em geral, vêm aliadas a várias formas de violência física, psicológica e à negligência de cuidados. Essas situações são de maior risco quando o abusador é alcoólatra ou viciado em drogas ilegais.

Sabemos que existe uma sinergia entre as várias formas de violência, assim como entre seus efeitos sobre o corpo e a mente. Por exemplo: estudos mundiais mostram que 35% das queixas das mulheres aos serviços de saúde estão associadas à violência nas relações conjugais e não apenas a lesões e traumas físicos.

Conclusões

As informações aqui contidas certamente não refletem a magnitude e a totalidade de expressões de violência hoje existentes no Brasil. Mas neste texto temos apenas a função de apoiar a reflexão e permitir que os serviços de saúde possam dimensionar e compreender os problemas locais.

A violência, antes de ser um problema intelectual, constitui-se como uma questão sociopolítica que afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos, sua organização. Envolve também os profissionais como vítimas (muitas vezes alvos da delinquência que penetra os espaços dos serviços) e, ainda, como atores que contribuem para superar ou exacerbar suas expressões. O que não podemos é compartilhar do imaginário da inevitabilidade e da falta de controle. Do ponto de vista social, o contrário da violência não é a não-violência, mas sim a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto

de seu grupo. Por isso, o marco da promoção da saúde é central para que se instalem mecanismos e práticas a partir da atenção básica e das outras etapas dos serviços.

É fundamental que estabeleçamos um diálogo entre os serviços médicos, clínicos e de emergência e a saúde pública, ultrapassando a tentação de medicalizar a violência. Ao mesmo tempo devemos buscar uma especialização maior no atendimento às vítimas visando: ao monitoramento das ocorrências; à sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; à assistência hospitalar às vítimas; à estruturação e à consolidação do atendimento pós-hospitalar; à capacitação dos profissionais e das equipes. Tudo isso acompanhado por estudos e pesquisas locais que balizem as ações do setor.

A violência não é um fenômeno abstrato: ela é concreta e ocorre em cada estado e em cada município de forma específica. Por isso existe a necessidade de estudos locais e operacionais. São necessárias também estratégias intersetoriais de enfrentamento. Dependendo das situações concretas, as ações coletivas demandam entendimento com a área de educação, de serviços sociais, de justiça, de segurança pública, do ministério público, do poder legislativo e, sempre, com os movimentos sociais, visando à promoção de uma sociedade cujo valor primordial seja a vida (e não a morte) e à convivência saudável de seus cidadãos.

Um documento que você pode ler para pensar a violência numa perspectiva mais ampla e intersetorial é a *Carta da Terra*, que afirma princípios éticos e valores fundamentais para que pessoas, nações, estados, raças e culturas reflitam sobre a importância do desenvolvimento sustentável com equidade. Respeitar e cuidar da comunidade da vida; integridade ecológica; justiça social e econômica; e democracia, não-violência e paz são os princípios da *Carta da Terra*.

Você pode saber mais no site do Ministério do Meio Ambiente ou no endereço http://www.cartadaterrabrasil.org/11_carta.htm

Referências

BARRETO, M. L.; CARMO, H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Nupens, 1995. p. 07-32.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 71-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

CARTA DA TERRA. Disponível em: <http://www.cartadaterrabrasil.org/11_carta.htm.> Acesso em: 17 ago.2008.

CHESNAIS, J. C. *Histoire de la violence*. Paris: Robert Laffont, 1981.

FREUD, S. Por que a guerra? In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 241-259. v.22.

GOMES, R.; MINAYO, M.C.S; SILVA, C.F.R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 117-140.

KRUG, E. G. et al. (Org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

Lei brasileira n. 9.455, de 7 de abril de 1997, que define e penaliza os crimes de tortura. Disponível em: <http://www.rndh.gov.br e http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/20020117134514/20021107143927/20021107145057/link.2006-01-24.8861816470.> Acesso em: 17 ago. 2008.

MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). *Raça, ciência e sociedade.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 13-22.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 09-33.

MINAYO-GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 49, n. 3, p. 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio*: um manual de atenção de saúde para profissionais da atenção básica. Genebra, 2000.

Programa Nacional dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/pndh/pndhII/Texto%20Integral%20PNDH%20II.pdf.>. Acesso em: 17 ago. 2008.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência e saúde coletiva*, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

2. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Maria Cecília de Souza Minayo e Cláudia Araújo de Lima

Neste capítulo discutiremos o significado e a importância de uma política pública, tomando por base a que foi definida pelo Ministério da Saúde como Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Começaremos por definir os termos principais desse debate e suas implicações, buscando contribuir para que você possa se apropriar do tema.

O termo política é derivado do grego *politheia*. Na Antiguidade, significava o conjunto de procedimentos relativos à administração e à gestão das *polis*, as cidades gregas. Esse conceito foi se desenvolvendo historicamente – todo conceito é fruto de uma construção histórica – e hoje significa as formas como o poder é apropriado e exercido.

Políticas públicas é um conceito aplicativo do universo maior da política, representando as estratégias por meio das quais o Estado estabelece prioridades e justifica a alocação dos recursos de que dispõe.

Políticas públicas são ações articuladas pelo Estado com recursos financeiros e humanos próprios. Envolvem uma dimensão temporal e se propõem a ter alguma capacidade de impacto sobre determinado problema. As políticas públicas tratam desde a implantação de serviços até projetos de natureza ética, compreendendo vários níveis de relação entre o Estado e a sociedade civil. Seu traço definidor e característico é a presença do aparelho público-estatal na definição, indução, no acompanhamento e na avaliação das propostas, mesmo quando, para sua realização, ocorram parcerias e consórcios com instituições não-governamentais e universidades, entre outras.

Toda política pública é fruto de uma demanda da sociedade. Sua inclusão na agenda do Estado e, depois, como prioridade de determinado governo, geralmente é precedida de uma história que inclui pressões do contexto internacional e nacional. Esse é o caso da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que veio sintetizar anseios da sociedade internacional e brasileira de tratar o tema da violência como problema de saúde pública.

Neste texto visamos sintetizar dois pontos:

- a história da incorporação do tema da violência no campo da saúde pública;
- os elementos que entraram na formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e desdobramentos desse processo.

História da incorporação do tema violência na agenda do setor saúde

Para refletir

Você conhece a história da incorporação do tema violência na agenda do setor saúde? Depois de ler este texto, procure comparar o que você sabia com o que é relatado.

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, foi na década de 1980 que o tema da violência entrou com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais. No nosso país, essa presença coincidiu com o término (oficial) da ditadura militar.

Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não-governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para transformar a violência social em questão pública.

No setor saúde o tema vem se introduzindo, pouco a pouco, também desde os anos 1980. Mas é a partir da década de 1990 que podemos considerar a consolidação do discurso que articula violência e saúde. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde escolheu a prevenção de **traumas e acidentes** como mote da celebração do Dia Mundial da Saúde, tendo como justificativa a frase atribuída a William Forge, segundo o qual "desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 7).

Em 1993, a Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), realizou uma Conferência em Washington

para abordar o tema. Em sua conclusão, publicou uma resolução, na qual:

- evidencia que o perfil de morbimortalidade das Américas aponta a violência como problema social e um dos principais fatores de óbito e de demanda aos serviços de saúde da região;
- coloca esse tema na pauta da saúde pública; e
- instiga os países latino-americanos a realizarem ações intersetoriais, visando à redução do problema (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993).

Os participantes da Conferência entenderam que a transição epidemiológica dos países da região apresentava uma questão antiga com novas cores e evidências, e era preciso defini-la na sua especificidade histórica e mapeá-la para que fosse tratada com as distinções próprias do setor, e nos aspectos da intersetorialidade. A frase a seguir consolida o pensamento da Opas:

> A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993, p. 3).

Em 1997, a OMS, na sua Assembléia Geral, apresentou o tema da violência como um dos principais problemas que afetam hoje a saúde pública no mundo. Essa questão também foi incluída entre as cinco prioridades para a ação desse organismo na região das Américas, nos cinco primeiros anos do século XXI (MINAYO; SOUZA, 1999). Em 2002, as reflexões acadêmicas e institucionais que vinham se acumulando ao longo da última década do século XX foram consolidadas em um relatório oficial da OMS.

Esse documento não deixa dúvidas quanto ao compromisso da Organização Mundial da Saúde de incluir a violência como um problema de saúde pública. O texto, denominado *World report on violence and health* – *Relatório mundial sobre violência e saúde* – (KRUG et al., 2002), apresenta um diagnóstico situacional sobre a violência no mundo, em suas mais diferentes manifestações; aponta métodos de abordagem para sua medição e compreensão e faz recomendações aos países membros, propondo

Para ampliar seus conhecimentos leia:

- o informe brasileiro sobre violência e saúde, denominado *Impacto da violência sobre a saúde dos brasileiros*, organizado por Edinilsa Ramos de Souza e Maria Cecília de Souza Minayo (2005);
- o documento do Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Você também pode ter acesso ao *Relatório mundial sobre violência e saúde*, entrando no site da Organização Mundial da Saúde.

estratégicas de atuação. Uma das recomendações da OMS foi que cada país produzisse seu próprio relatório com o diagnóstico da situação e propostas de ação. No Brasil, esse informe foi produzido e publicado em 2005 (BRASIL, 2005). Também em 2005 foi oficializado o Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes, que começou a vigorar estabelecendo parâmetros, formas de atuação, metas e modo de avaliação.

Como já assinalamos anteriormente, podemos observar a pressão dos movimentos sociais, de estudiosos e profissionais da saúde, antecedendo as propostas oficiais dos órgãos nacionais e internacionais. Um dos aspectos mais estudados, debatidos e indicados para atuação do setor saúde é a violência contra crianças e adolescentes. Embora existam documentos históricos que mostrem desde a Antiguidade, a preocupação da sociedade em abolir castigos e maus-tratos na infância data dos anos 1960. Nesse período, os primeiros textos foram escritos por profissionais da saúde, denunciando a violência contra esse grupo e apontando sua influência negativa para o crescimento e o desenvolvimento das vítimas (KEMPE et al., 1962). Uma década depois que esses pioneiros pediatras cunharam a expressão **síndrome do bebê espancado**, vários profissionais, em grande parte dos países, passaram a reconhecer e a diagnosticar as violências contra crianças e adolescentes como problema de saúde. Programas de prevenção primária e secundária e intervenções de vários tipos, principalmente nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, começaram a compor a pauta de instituições públicas, privadas e de organizações não governamentais (ONGs).

Explicações específicas sobre as várias formas de violência contra a criança serão abordadas na Parte II deste livro.

Procure conhecer melhor o Estatuto da Criança e do Adolescente (2003).

No Brasil, os pediatras também passaram a estudar, diagnosticar e tratar síndromes de crianças maltratadas. Mais que isso, os que se sensibilizaram com esse problema se incluíram nos movimentos de pressão da sociedade junto com profissionais das mais diferentes áreas e militantes de ONGs. Nos anos 1980 foi muito grande a mobilização social no Brasil, visando ao reconhecimento dos direitos desse grupo social, redundando na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990.

Assinalamos como relevante o pioneirismo das atividades dos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami), em São Paulo; da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia), no Rio de Janeiro; e da Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (Abnapi), em Minas

Gerais (MINAYO; SOUZA, 1999). Essas entidades são exemplos de aglutinação de profissionais que buscaram realizar intervenções a partir do setor saúde. Elas continuam vivas e atuantes e não só pensam o diagnóstico do problema, como atuam e promovem assessoria aos gestores de políticas públicas no tema específico. Hoje existem vários programas e iniciativas do setor saúde e da sociedade que focalizam a prevenção da violência contra jovens e crianças. Esse movimento representa importante avanço democrático da sociedade brasileira.

Um segundo tema que há muito vem mobilizando a sociedade é a violência contra as mulheres. Sua introdução na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento, desde os anos 1970, passou a pressionar o setor saúde para que atuasse ativamente e oferecesse respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes das agressões das quais a população feminina é vítima, mas para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações (HEISE, 1994).

Foram endereçadas à área da saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero. Os primeiros documentos relativos ao impacto da violência sobre a saúde, provenientes da Opas, apresentam uma forte influência feminista no diagnóstico e nas propostas de ação em relação à questão de gênero e outras. No âmbito da violência contra a mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) leva em conta a relevância do tema e oficializa um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público.

Procure ler a proposta do PAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher): princípios e diretrizes (BRASIL, 2004).

Um dos últimos temas a entrar na pauta da saúde é o dos maus-tratos contra idosos. Essa problemática foi nomeada pela primeira vez em 1975, em um periódico inglês, a partir do termo "espancamento de avós" (BAKER, 1975; BURSTON, 1975). Ultimamente esse assunto vem se intensificando nos estudos do setor saúde e na atenção dos profissionais. Em 2003 foi promulgado o *Estatuto do idoso*, que em seu artigo 3º trata especificamente do tema da violência e chama à responsabilidade intersetorial e interinstitucional os órgãos públicos, incluindo o setor saúde. No documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) esse tema é tratado de forma específica.

O *Estatuto do idoso* (2006), está disponível no site do Ministério da Saúde.

Para saber mais acesse os documentos da Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

Outros temas – como a violência racial e a violência contra pessoas portadoras de deficiências – paulatinamente são incluídos na pauta da atenção à saúde, sendo que, em todos os casos, a presença na agenda do setor depende muito da pressão da sociedade civil e dos movimentos específicos.

No Brasil, a consideração do tema violência como problema de saúde pelos órgãos oficiais, principalmente pelo Ministério da Saúde, vem ocorrendo de forma fragmentada mas progressiva. Já na metade dos anos 1990, muitas secretarias de saúde municipais, em articulação com organizações da sociedade civil, criaram estratégias e serviços de prevenção e de assistência aos agravos provocados pelas diferentes manifestações da violência. Tais iniciativas se multiplicaram desde então, geralmente congregando instituições públicas, ONGs e institutos ou grupos de pesquisa.

Devemos dar destaque à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que tem uma linha de pesquisa sobre "causas externas" desde a década de 1970, e à Fundação Oswaldo Cruz, que, em 1989, criou na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves). Esse último foi instituído com a finalidade de produzir pesquisas estratégicas e interdisciplinares, de formar profissionais e de assessorar as políticas públicas do setor. Atualmente o Claves está associado ao Instituto Fernandes Filgueiras (IFF) e ao Centro de Informação, Comunicação em Saúde (CICT), ambos da Fiocruz. Está também articulado com a Biblioteca Regional da Opas (Bireme), constituindo seu núcleo de documentação e divulgação científica e uma biblioteca virtual sobre violência e saúde. É também centro colaborador do Ministério da Saúde.

Acesse o site www.conasems.org e conheça mais sobre a Rede Gandhi.

Em 1998, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com assessoria do Claves, instituiu um plano de ação de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, em parceria com o Unicef e a Unesco. Esse plano ofereceu orientações gerais para o conjunto dos municípios e adotou metas de sensibilização a partir das secretarias de saúde, visando à capilarização no sistema, de um tema ainda pouco familiar (BRASIL, 1998). Nos últimos quatro anos, essa organização passou a fazer parte da Rede Gandhi como âncora dessa instituição e, desde então, o tema da não-violência e da cultura da paz passou a fazer parte da pauta de ação de vários municípios e de todos os congressos desse Conselho, que reúne os mais de 5.500 secretários de saúde no país.

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para assessorá-lo na formulação de uma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Depois de vários, longos e difíceis caminhos e descaminhos que a gestão política percorre, em maio de 2001 foi promulgada uma portaria do Ministério da Saúde, oficializando o documento de definição da Política. Recentemente, em 2005, foi também promulgado um plano de ação setorial. Desses dois últimos dispositivos falaremos mais detalhadamente.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), aprovado por portaria do Ministro da Saúde em maio de 2001, em primeiro lugar trata o tema em pauta como um problema social e histórico e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. É no mesmo sentido que define os conceitos de violência e os distingue de acidentes – uma vez que, tradicionalmente, esses dois termos vêm juntos na Classificação Internacional das Doenças sobre causas externas –, mas incorpora essa categoria em sua abordagem.

Você conhece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Procure-a no site do DATASUS e leia-a, fazendo sua própria análise. Quais pontos você ressaltaria como mais relevantes?

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências traz um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde e como esse próprio setor, por ser parte da sociedade onde a violência está configurada, também a gera e a reproduz. Nele são analisadas as fontes de informação e a documentação oficial existente, sua importância e suas deficiências. Esse diagnóstico situacional, embora apresente apenas dados aglomerados que se referem ao país como um todo, define detalhadamente as várias formas de manifestação do problema (agressão física, abuso sexual, violência psicológica, omissões, violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, política, estrutural, cultural, criminal e de resistência), além de distinguir as formas diferenciadas com que a violência incide em homens e mulheres, nas diversas faixas etárias e em grupos sociais específicos.

Para saber mais, leia *Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira*, de Maria Cecília Minayo e Edinilsa Ramos de Souza (organizadoras), publicado pela Editora Fiocruz, em 2003. Nesse livro você tem acesso a uma vasta revisão e análise sobre o tema das violências e dos acidentes no Brasil.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências ressalta a relevância do tema da violência para a saúde pública, assinalando que no Brasil, na década de 1990, ou seja, num espaço de apenas 10 anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes e, dessas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios, sendo que mais de 70% desses últimos eram jovens e adultos. O texto ressalta que tanto no mundo como aqui no país, os óbitos infligidos por outros ou auto-infligidos constituem sério problema social. Assinala ainda que danos, lesões, traumas e mortes, causados por acidentes e violências, correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. E ressalta que a violência provoca sérios prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos físicos, mentais e emocionais incalculáveis para as vítimas, suas famílias e para a sociedade. No que se refere ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, afetam o aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências também descreve as várias leis, portarias, normas e dispositivos setoriais e intersetoriais que fazem interface e interagem com as informações do setor saúde e sua prática. Faz uma reflexão sobre o Código Nacional de Trânsito promulgado em 1997; analisa as contribuições e as lacunas da Declaração de Óbitos, dos Boletins de Ocorrência Policial, dos Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito; da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quanto aos dispositivos; e dos Sistemas de Informação do SUS para Mortalidade (SIM), Morbidade (SIH/SUS) e Envenenamentos e Intoxicações (Sinitox).

A seguir, o documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências enfatiza os princípios que o norteiam, reafirmando que esses são os mesmos que orientam o SUS.

Esses princípios fundamentam as diretrizes a serem seguidas nos planos nacionais, estaduais e municipais:

a) saúde como direito fundamental e como requisito para o desenvolvimento social e econômico;

b) direito de qualquer cidadão brasileiro, ao respeito à vida como valor ético;

c) promoção da saúde como fundamento de qualquer ação para redução das violências e dos acidentes.

Promoção da saúde é uma estratégia adotada pelo setor saúde e também por outros setores da sociedade para melhorar a qualidade de vida da população, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

O objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde é estimular a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade.

As diretrizes condizentes com os princípios citados foram estabelecidas no referido documento. Nele, essas diretrizes, resumidas a seguir, estão definidas e problematizadas:

- promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis;
- monitoramento da ocorrência de acidentes e violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- incremento de uma forma de assistência multiprofissional às vítimas de violências e acidentes;
- estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação;
- investimento na capacitação de recursos humanos, em estudos e em pesquisas específicas, sobretudo nos assuntos que possam iluminar as práticas nos três níveis, principalmente no âmbito local.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências também distribui responsabilidades institucionais, tendo como critério a articulação intersetorial nos âmbitos dos governos federal, estaduais e municipais e com a sociedade civil, nas áreas de desenvolvimento urbano, justiça e segurança, trabalho, emprego e previdência social, transportes e ciência e tecnologia.

O texto cita especificamente o papel das universidades, dizendo que elas não podem ficar alheias ao problema da violência, uma vez que ele afeta profundamente a sociedade brasileira. Propõe que elas se engajem na formação de recursos humanos para lidar com os problemas específicos, tratados ao longo do documento. Ele chama atenção para que se produzam pesquisas de caráter estratégico, a fim de que o setor saúde possa atuar

e apresentar impactos positivos, a partir de diagnósticos cientificamente informados.

Por fim, o texto dedica um capítulo ao tema da avaliação como a forma mais eficiente de monitoramento de uma política pública, visando ao bom emprego dos recursos públicos e ao avanço da cidadania na área da saúde. Segundo o documento da Política, esse monitoramento necessita ser encarado de forma muito diferente do que nos processos de vigilância epidemiológica convencional. Sabiamente o texto fala da necessidade de desenvolvimento de parâmetros, critérios e metodologias específicas; acompanhamento das experiências e avaliação periódica.

Em suas conclusões, o documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências ressalta uma postura filosófica e ética necessária ao setor saúde. No caso da violência não existe destino, fatalidade ou impossibilidade de ação. Ao contrário, sua incidência apela para uma atuação incondicional em favor da vida e da qualidade de vida. No entanto, essa atuação difere das formas tradicionais de prevenção e de tratamento das doenças: ela requer ao mesmo tempo a intersetorialidade (o que demanda estratégias e métodos não-convencionais) e uma atenção específica que, a partir do atendimento das lesões e dos traumas, culmina num olhar abrangente da questão social e cultural.

Devemos ressaltar que o texto que fundamenta a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi escrito por uma equipe de especialistas de várias áreas (seguindo o critério de que a violência é um problema complexo e qualquer atuação precisa ser desempenhada de forma intersetorial), junto com técnicos do Ministério da Saúde e de outros ministérios. Antes de ser promulgado, seu conteúdo foi objeto de discussão em um abrangente seminário nacional com estudiosos, profissionais que atuam nos vários tipos e níveis de atendimento à população e membros da sociedade civil. Por isso, esse documento configura uma **produção coletiva**.

O documento final, denominado *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*, foi aprovado oficialmente por meio da publicação da Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001.

Depois desse processo, o texto foi encaminhado à Comissão Tripartite e aprovado por essa instância do SUS, que reúne representantes do Ministério da Saúde e os presidentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Em abril de 2001, o Conselho Nacional de Saúde (CNS)confirmou o parecer da Comissão Tripartite.

Desde que a Portaria MS/GM n. 737 foi promulgada, várias ações vêm sendo executadas sob o influxo e a orientação do documento supracitado. A partir do nível central do SUS: (a) foi construído um Programa de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito com recursos do DPVAT (seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres); (b) foram incentivadas várias ações locais em estados e municípios, dentre elas a de implantação de um programa específico para coleta de dados, contemplando variáveis que não vinham sendo levadas em conta nos sistemas tradicionais; e (c) foram realizados seminários macrorregionais sobre violência urbana e saúde pública em uma parceria do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde com o Congresso Nacional.

O Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências

Um dos passos mais importantes, no entanto, foi a formulação do Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências, que teve sua construção iniciada em 2003 e sua implantação e implementação em 2005. O processo de construção envolveu muitos atores governamentais e não-governamentais. Esse plano foi formalizado pela Portaria n. 936 do Ministério da Saúde, de 18/05/2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Para a formulação desse instrumento, inicialmente foi feito um diagnóstico por meio do qual – e através de um indicador composto – o Ministério da Saúde estabeleceu um *ranking* dos municípios com mais de 100 mil habitantes em que a situação de violência (configurada por taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e suicídio) fosse mais dramática.

Por contar com parcos recursos orçamentários para a execução do plano, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, na qual o programa de redução de acidentes e violências está localizado, contemplou: (a) os 40 primeiros municípios da lista; (b) os municípios em que vinham sendo desenvolvidas atividades do Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Nacional (Pair); (c) os municípios de fronteira, onde se realizavam ações integrais de prevenção da violência e promoção da saúde; e (d) estados com mais de um município selecionado pelos critérios citados. Todos

contam com fundos para a criação de núcleos de atuação, de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de pesquisas, tendo seu funcionamento orientado por diretrizes do Ministério da Saúde.

A configuração dessas iniciativas se deu durante o ano de 2005 e elas vêm se implementando desde 2006. Criaram-se também, como parte do plano, núcleos em Universidades das distintas regiões do país, com missões diversas, de acordo com suas competências e com uma encomenda específica do Ministério da Saúde para cada uma: criação de redes, apoio na formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, monitoramento da implantação dos núcleos de atuação e avaliação das ações de redução. Essa iniciativa está, pois, em processo de implantação e implementação, e certamente serão necessários pelo menos de dois a três anos para que as atividades apresentem resultados.

Várias portarias, normas técnicas e essas duas fichas de notificação referentes à forma de gerenciar e tratar agravos específicos ou à notificação de violências e acidentes vêm sendo publicadas nos últimos anos.

Sobre a Rede Nacional de Prevenção da Violência, procure e leia o documento do Ministério da Saúde: *Rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação de núcleos de prevenção da violência em estados e municípios* (2004).

Pondo em prática o Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes, em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.356 e implantou a Rede de Serviços Sentinela de Acidentes e Violências em alguns serviços de saúde do país, com um duplo objetivo: (a) conhecer a dimensão e o perfil desses agravos nas emergências hospitalares; e (b) captar o perfil das agressões que demandam os serviços ambulatoriais. Para isso, destinou incentivo financeiro com vistas à implantação e implementação da proposta. No primeiro caso, uma ficha de notificação obrigatória de acidentes e violências está sendo implantada em unidades de urgência e emergência, envolvendo hospitais aos quais se atribui o papel de sentinelas, em vários municípios. Realizou-se coleta por amostragem durante 30 dias corridos em 2006 (de 01 a 30 de agosto de 2006,) e por pessoal externo ao atendimento de emergência (bolsistas, estagiários ou contratados), pago com recursos advindos da Portaria n. 1.356. No segundo caso, o Ministério da Saúde pretende promover uma vigilância contínua e cuidadosa desses eventos – frequentemente subdimensionados – por meio de uma ficha de notificação individual para violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais. A notificação deverá ser feita pelo profissional da saúde que atendeu a vítima. A Rede Sentinela encontra-se em processo de implantação.

É preciso assinalar também, como relevante, um edital específico da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde publicado em 2003. Levando em conta as orientações do documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, essa Secretaria passou a investir em pesquisas estratégicas sobre a problemática.

Conclusões

Quando analisamos o texto da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, passados alguns anos de sua promulgação, observamos que a partir de então houve um processo crescente de tomada de consciência sobre a necessidade de incluir o tema violência no pensamento e na ação da saúde. Também houve a inserção de novos temas e grupos ali inicialmente não contemplados, como é o caso das violências e discriminações por raça, cor e opção sexual. Atualmente, por exemplo, a sociedade brasileira colocou na agenda pública, de forma contundente, a discriminação contra a população portadora de deficiências.

Devemos ressaltar que há um grande número de experiências de prevenção da violência ocorrendo em todo o país, levando em conta os princípios da promoção da saúde. Em geral são iniciativas intersetoriais que articulam ações do Estado e da sociedade civil e contam com o apoio das universidades. Algumas intervenções, em que a questão da cidadania e o cuidado com os jovens são os focos, já mostram impacto na diminuição das taxas de homicídio em nível local, como é o caso das experiências que vêm ocorrendo em Diadema, São Paulo, e em Belo Horizonte.

Para saber mais entre no site do Instituto de Estudos sobre Criminalidade e Segurança Pública (www.crisp.ufmg.br) e informe-se sobre o Programa Interinstitucional Fica Vivo, de Belo Horizonte.

Se quiser aprofundar seus conhecimentos, entre no site da ONG São Paulo contra a Violência (www.spcv.org.br) e saiba mais sobre o programa interinstitucional desenvolvido em Jardim Ângela, São Paulo.

Visite também o site do Instituto Fernand Braudel (www.braudel.org.br) para conhecer a importância do Fórum Municipal de Segurança Pública em Diadema, São Paulo.

Lembramos que a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências é uma política pública implementada pelo Ministério da Saúde, visando ao enfrentamento da violência. O setor de saúde pública tem incorporado paulatinamente os princípios dessa política e o setor privado vem aos poucos atuando em relação à questão da violência.

Por fim, é importante ressaltar que a publicação deste livro é uma estratégia importante para elevar o nível de informação e de compreensão do problema em pauta, visando à promoção de ações específicas e eficazes no nível local.

Referências

BAKER A. A. Granny battering. *Modern Geriatrics*, n. 5, p. 20-24, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. *Estatuto do idoso*. 2. ed. Brasília, 2006. (Série Legislação de Saúde).

BRASIL. *Plano de Ação para o Conasems*. Brasília, 1998. Mimeografado.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 936, de 18 de maio de 2004: rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação de núcleos de prevenção da violência em estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, 20 maio 2004. Seção 1e.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano nacional de redução de violências e acidentes*. Brasília, 2005.

BURSTON, G. R. Granny baterring. *British Medical Journal*, n. 3, 1975.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, Supl.1, p. 135-145, 1994.

KEMPE, C. H. et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, n. 181, p. 17-24, 1962.

KRUG, E. G. et al (Org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Salud mundial*. Genebra, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Violência y salud: resolución n. XIX*. Washington, D.C., 1993.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

3. Violência, família e sociedade

Miriam Schenker e Fátima Gonçalves Cavalcante

As múltiplas faces da violência social têm impacto direto sobre as famílias, afetando esse importante grupo social, composto por crianças, adolescentes, adultos e idosos. Por outro lado, algumas famílias, como qualquer outro grupo, são também agentes da violência, potencializando sua dinâmica na sociedade.

Por ter papel privilegiado no convívio com o grupo familiar, o setor saúde é, hoje, um dos principais setores sociais capazes de atuar preventivamente sobre as formas de violência sofridas e praticadas por esse grupo. É sobre isso que queremos falar neste capítulo com você. Aqui você percorrerá várias abordagens relativas à família – histórica, antropológica, sociológica, psicossocial. Nosso intuito é situá-lo, de uma forma breve, nessa instituição de raiz e no contexto social que a sustenta. Concomitantemente a essa leitura encontra-se uma outra, sobre os fatores geradores de conflitos que podem resultar em violência familiar. Você também entrará em contato com situações de risco que ocorrem nas diversas etapas do ciclo vital da família, bem como com os fatores de promoção de comportamentos protetores relativos à família. Ao final, encontrará um exercício que o convidará a refletir sobre duas visões relativas à educação de crianças e adolescentes na família, levando em consideração a discussão deste capítulo.

Família e sociedade

A família é uma unidade social constituída de indivíduos que compartilham circunstâncias afetivas, sociais, econômicas, culturais e históricas. Ela se forma por vínculos de consanguinidade (mediante um ancestral comum), de alianças (casamento, co-habitação) ou de convivência (compadres e agregados). Cada um de nós tem a sua própria família, conhece mais ou menos o seu sistema de parentesco, o modo como ele foi formado por vínculos afetivo-sexuais e como foram gerados física e socialmente seus novos membros.

Como o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos – aquele que inicialmente transmite valores, hábitos e costumes, ajudando a formar as personalidades – a família baseia-se na distribuição de afetos e papéis sociais, sendo marcada por diferenças de poder entre os sexos e entre as gerações. Disputas de poder e afeto fazem-se presentes sob a forma de sentimentos ambíguos de amor/ódio, aliança/competição, proteção/domínio entre seus membros. Famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a se tornar violentas.

Logo de início, é preciso dizer que "família" não é um produto da natureza, mas uma criação humana mutável, que pode adquirir inúmeras representações, de acordo com a cultura e o momento sócio-histórico em que se insere. A conceituação de "família" pode ser feita de diferentes maneiras, a partir de diferentes teorias, e diferentes visões de família poderão corresponder a diferentes formas de compreender, acolher, acompanhar e tratar seus membros. Acima de tudo, dependerá da percepção daquele que a observa e a define, levando em conta o seu conhecimento, o estudo e a sua experiência com famílias.

Convidamos o leitor a pensar que algumas famílias se relacionam através de uma dinâmica de violência. Vamos refletir sobre a importância da família na estruturação dos indivíduos, os tipos de violência que a afetam, os possíveis danos, os fatores de risco e proteção e algumas formas de apoio e orientação.

O filme *A guerra dos Roses*, de Danny De Vito, ilustra a construção lenta deste binômio complexo: "família e violência".

Quando entramos em contato com alguma evidência ou suspeita de violência na família, vamos nos deparar inicialmente com situações concretas que nos chocam ou aterrorizam, nos deixam muitas vezes sem saber o que pensar, o que dizer e o que fazer. Falar da violência na família não é falar apenas de realidades concretas, mas sim falar de um

fenômeno complexo, cheio de significados pessoais, sociais e culturais que envolvem abuso de poder, por vezes invisível ou encoberto, força e tensão, assimetria e desigualdades sociais, ações muitas vezes danosas à constituição do indivíduo e da sociedade.

Antes de aprofundar a noção de violência na família, vamos nos debruçar sobre algumas definições, buscando compreender sua dinâmica e formas de organização.

Visão histórica da família brasileira

Duas obras de referência se destacam quando o tema é a formação social brasileira: *Casa-grande & senzala*, de Gilberto Freyre, e *Raízes do Brasil*, de Sérgio Buarque de Holanda. Ambas revelam o papel central da família patriarcal em todo o período colonial, quando se estabeleceram valores que marcaram a construção de nossa identidade nacional. Nesse sentido, o *patriarcalismo* é visto como o fio condutor para se pensar a modernidade na sociedade brasileira, compreender as mudanças e os valores enraizados. A família, no dizer de Gilberto Freyre, foi o grande fator colonizador no Brasil, mais poderoso do que as forças econômicas ou políticas.

Na visão de Gilberto Freyre (1994) e Antônio Candido (1951), o modelo harmônico e generalizado da família patriarcal extensa teria evoluído para a "família conjugal, nuclear e moderna". "A família extensa" era uma organização com predominância do chefe da família e uma economia dependente do trabalho escravo; um tipo de organização social no qual a família era, necessariamente, o grupo dominante no processo de socialização e integração dos indivíduos, um grupo em que as distâncias entre os familiares eram bem marcadas e reguladas por uma hierarquia. Marido e mulher comandavam duas diferentes esferas de poder – ele fora de casa e ela dentro –, mantendo os princípios da organização patriarcal. Os casamentos eram, geralmente, contratados de forma endogâmica para preservar os próprios grupos familiares. Candido aponta uma segunda porção da sociedade colonial: os "não-familiares", compostos por uma massa de pessoas socialmente degradadas que cresce fora dos grupos familiares, sem normas regulares de conduta.

Mariza Corrêa (1994) reconhece a existência e a importância da família patriarcal brasileira, porém diverge de Freyre e Candido na ideia de que "unidades domésticas equivalentes" se estenderiam nas várias

regiões de nosso país. Ela chama a atenção para a heterogeneidade em vez da homogeneidade dos sistemas familiares. Aponta para a diversidade regional dos diferentes Brasis e nos faz refletir sobre a existência de diversas configurações familiares de norte a sul e de leste a oeste de todo o território nacional. Para se estudar as famílias, a autora ressalta a importância de ter atenção ao impacto das forças econômicas, sociais e políticas no sistema familiar diante das contradições e dos desafios da sociedade moderna. A família conjugal moderna, como descendente direta da família patriarcal, sofre os efeitos do individualismo, da industrialização e da urbanização.

FATORES QUE PODEM GERAR CONFLITOS NA FAMÍLIA

A chegada dos filhos pode afetar a relação do casal, intensificando conflitos já presentes no relacionamento, produzindo sentimentos de exclusão, ciúmes, competição ou solidificando sentimentos amorosos e de proteção. Se o pai estiver próximo da dupla mãe-filho, haverá continência e proteção. Se o pai estiver se sentindo excluído dessa relação dual, então poderá haver maior tensão ou cobrança por eficiência.

Diferentes estruturas familiares

a) Família nuclear – Constitui-se de duas gerações: os pais (marido e esposa) e os filhos.

b) Família extensa – Compõe-se da família nuclear e dos membros da família de origem (avós, tios e primos).

c) Família mista – Inclui parentes e amigos.

Diferentes tipos de família na sociedade ocidental

a) Família monoparental – Gerida por somente um dos pais.

b) Família tradicional – Pais que se casaram uma vez e moram junto com os filhos.

c) Família reconstituída – Pais que se separaram, recasaram e constituíram novas uniões nucleares.

d) Família homoafetiva – Casal homossexual que tem o afeto como elemento norteador.

Diferenças étnico-raciais

O Brasil é uma nação multirracial marcada por diferenças étnico-raciais nas quais os afrodescendentes encontram-se majoritariamente em posições subalternas. A escravização em nosso país caracterizou-se por significativa miscigenação racial e uma menor rigidez hierárquica entre senhores e escravos, com marcadores raciais fluidos e manipuláveis, dependentes da língua e do costume do colonizador. Moura (1990) alerta sobre o tratamento dispensado às populações não-brancas na formação da nação brasileira: (1) uma ideologia que tende a excluir ou minimizar a contribuição dos não-brancos à dinâmica social; (2) uma visão de negros, índios e mestiços como seres sem capacidade civilizadora; (3) uma visão de que os negros não teriam condições de dirigir a sociedade. O século XX foi marcado por práticas discriminatórias e racistas acobertadas por um discurso que pressupunha uma vivência democrática e harmônica entre as raças. O dilema social que hoje se coloca e que afeta as famílias de negros, mestiços e índios consiste em como inseri-los nos quadros sociais, preservar suas culturas e minimizar as desigualdades e discriminações.

A obra de Gilberto Freyre, na década de 1930, estabeleceu um peso equivalente entre casa grande e senzala; destacou o escravo como o grande colonizador; e mostrou o cruzamento inter-racial no seio da família com ausência de conflitos ou com o equacionamento harmônico das diferenças, o que, na visão de Bastos (1991), foi apontado como um diluidor das contradições sociais. Se *Casa-grande & senzala* vem sendo vista como uma obra que marcou a consciência nacional pela soma das raças, religiões, culturas e grupos sociais, reduzindo a possibilidade de se perceber o social como contraditório, o que se coloca hoje no cenário nacional é a necessidade de revelar a dominação que se reitera na diversidade: as desvantagens ocupacionais (piores posições no mercado de trabalho); educacionais (menos escolarização quando comparados com os brancos) e de habitação (piores locais de moradia).

Para refletir

Na sua experiência profissional você percebe discriminações étnico-raciais? Como é o comportamento dos que discriminam e dos que são discriminados?

Visão antropológica

Claude Lévi-Strauss, antropólogo belga, desenvolveu um método de investigação e interpretação antropológica, denominado estruturalismo. O conceito básico dessa teoria é o de estrutura social, que não é empiricamente observável, mas dá sentido aos dados empíricos. Por exemplo: a estrutura de um edifício, mesmo oculta, organiza, relaciona, distribui e sustenta todos os elementos observáveis da construção – os andares, os apartamentos, as entradas e saídas, os corredores.

O mesmo se dá com a estrutura social: ela organiza, conecta e relaciona os seus elementos. Os elementos da estrutura social são as relações de parentesco, as instituições e os grupos diversos que, por sua vez, se organizam como um sistema, de forma interdependente, em que a modificação em qualquer uma das partes afeta, necessariamente, todas as outras.

Lévi-Strauss (1981) sustenta, a partir de análises etnográficas (estudo e descrição dos povos, sua língua, raça, religião e manifestações materiais de sua atividade) de culturas variadas, que as variações na organização das relações observadas nessas sociedades são regidas por um substrato comum e universal – as estruturas elementares de parentesco –, compostas por três relações básicas: (1) consanguinidade – relação entre irmãos; (2) aliança – relação entre casais; e (3) filiação – relação entre gerações.

Essas estruturas elementares perpassam todas as sociedades devido a uma lei invariante e válida em diferentes culturas: a proibição do incesto, cujo resultado é a exogamia. Por isso, os homens trocam entre si as mulheres de seu grupo familiar de forma a não haver casamentos entre indivíduos pertencentes ao mesmo grupo de descendência. A proibição do incesto é a expressão de uma lei universal de reciprocidade, contrapartida necessária para a instauração de laços sociais entre as famílias.

A grande contribuição da Antropologia é a afirmação de que as relações de parentesco, o casamento e a divisão sexual do trabalho são estruturas universais em todas as sociedades. Então, de acordo com o pensamento antropológico, várias são as formas de organização familiar, bem como diversos são os sistemas de parentesco que emergem numa determinada sociedade.

FATORES QUE PODEM GERAR CONFLITOS NA FAMÍLIA

Na constituição da rede familiar pode haver experiências de realização ou de fracasso, levando as pessoas envolvidas a um maior crescimento e integração ou, ao contrário, a um processo de desintegração que pode gerar a dinâmica de violência.

Se o grupo familiar tiver suas necessidades físicas, emocionais e intelectuais satisfeitas e puder experimentar conter e utilizar de modo adequado os sentimentos de amor, raiva, medo, alegria, agressividade, sexualidade, a família funcionará de modo mais integrado, com grau de organização e discriminação entre os membros.

Se, ao contrário, as relações se desorganizam, o potencial destrutivo poderá ser grande, ocorrendo nas pessoas uma falta de contenção dos conteúdos pertinentes ao grupo familiar. Pode-se instalar a dinâmica de violência com conteúdos rejeitados e papéis rígidos entre o "agressivo" e o "bonzinho".

Visão sociológica

A sociologia da organização familiar costuma apresentar uma classificação que ajuda a diferenciar seus modos de apresentação: modelos **hierárquicos** e **igualitários**. A família de **organização hierárquica** prevalece nas camadas populares contemporâneas (FIGUEIRA, 1987). Relativamente organizada, **mapeada**, apesar de conflitos internos, nesse modelo de família rege a intrínseca diferença entre homem e mulher, com formas de comportamento próprias a cada sexo. As funções e os papéis familiares são nitidamente delineados, prevalecendo tanto a superioridade do homem, devido à sua relação com o trabalho fora de casa, quanto a expectativa do exercício da monogamia ser somente referido à mulher. Do ponto de vista da autoridade, nesse modelo o indivíduo é incluído no grupo que sempre tem precedência e preferência, valendo, portanto, sacrifícios dos desejos pessoais para o bem coletivo.

A família de **organização igualitária**, que segue a ideologia do igualitarismo, veio a reboque de transformações históricas, econômicas e sociopolíticas. Sua raiz é a Declaração Universal dos Direitos do Homem. A aceleração da modernização tem impactos na organização da família brasileira: crescimento e concentração de renda nas décadas de 1960 e 1970, maior acesso ao ensino superior e mais escolarização, avanço

do movimento feminista, crescente papel da mídia. A organização da família vai se fluidificando aliada à aceitação do divórcio, da maternidade fora do casamento, do exercício libertário da sexualidade fora dos objetivos de uma relação estável.

Importante ressaltar que **não há modelos "puros" de organização da família**, mas uma predominância de certos aspectos em uma camada social mais do que em outras. Os modelos de família vêm sofrendo mudanças recentes nas suas configurações. Os jovens vêm vivenciando cada vez mais cedo a sexualidade e a pluralidade dos relacionamentos, e a velocidade e a intensidade da sociedade de consumo também facilitam a ocorrência de experiências afetivo-sexuais mais fugazes. Outro fator que afeta as mudanças nos modelos de família tem sido a permanência cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, a ausência da figura do pai e o próprio controle da mulher sob a reprodução. Os ideais hierarquizantes e os individualistas se encontram em permanente tensão nos diferentes segmentos sociais e culturais (VELHO, 1999).

Para refletir

Qual das duas organizações familiares abrigaria maior probabilidade de violência intrafamiliar a hierárquica ou a igualitária? Discuta a sua resposta com outros parceiros.

A filósofa Agnes Heller (2000) enuncia que a família é a origem dos pressupostos ideológicos, na medida em que as bases de reprodução das normas e regras da sociedade se dão no "fazer" da vida cotidiana, que inicialmente ocorre dentro da família. A pessoa já nasce inserida nessa cotidianidade e seu amadurecimento acontece a partir da interiorização das normas e do trato social. Ela aprende a manipular objetos e a se comunicar socialmente nos grupos primários, em que a **família** e a **escola** se inserem. Ambas as instituições são mediadoras entre a pessoa e os hábitos, as leis e a ética social.

Os sociólogos Peter Berger e Thomas Luckmann (2002), em seu livro *A construção social da realidade*, esmiúçam a formação da identidade a partir das ações da vida cotidiana da pessoa, ao distinguirem dois processos básicos de socialização – primária e secundária. A **socialização primária** é entendida como a interiorização da realidade, ocorre na infância e, a partir dela, a pessoa se torna membro da sociedade. Essa forma socializada de ser é inevitável, já que a pessoa não pode escolher a sua família.

Os autores dizem que "temos de nos arranjar com os pais que o destino nos deu... embora a criança não seja simplesmente passiva no processo de sua socialização, são os adultos que estabelecem as regras do jogo" (BERGER; LUCKMANN, 2002, p. 180). É pela percepção das primeiras pessoas significativas (os pais ou seus substitutos) que a criança introjeta a realidade particular de como vê o mundo. Dessa forma, o mundo social é filtrado para a criança, que o interioriza como sendo o mundo, único existente e concebível. Esse processo não é unilateral e, sim, dialético, porque se dá entre a identidade atribuída pelos adultos à pessoa e a forma particular de ela se apropriar dessa identidade.

Tornar-se membro da sociedade implica um contexto carregado de emoção e de fortes laços afetivos, porque a internalização do sistema simbólico dos agentes socializadores (os pais e quem mais for importante na função parental, desde a mais tenra idade) acontece à medida que a pessoa se identifica com eles, absorvendo os papéis e atitudes e também, nesse mesmo processo, assumindo o mundo deles.

Os processos de **socialização secundária** se referem aos diferentes setores da sociedade aos quais a pessoa se liga durante sua vida. Já socializada, ela se afilia a novos grupos sociais, identificando-se com eles.

Para refletir

Qual o papel da família e da cultura na formação da identidade das pessoas? Faça essa análise com base nos conceitos já enunciados.

FATORES RELACIONADOS À VIOLÊNCIA NA FAMÍLIA

Nas famílias com dinâmica de violência é comum haver uma cristalização dos papéis em relação ao lugar de quem foi vitimado e o agente agressor. Esses lugares podem ser ocupados pelas mesmas pessoas, anos a fio, ou ser compartilhados por diferentes membros do grupo.

Durante a terapia familiar é comum se observar a "transferência de violência", quando outro membro do grupo passa a ser o protagonista da violência. Portanto, a tarefa dos profissionais da saúde não é apenas identificar o agressor, tratando-o individualmente, pois isso seria desconsiderar que muitas vezes a família possui uma dinâmica que inclui a violência em suas relações. Nesse caso, ao se retirar o agressor, outra pessoa pode passar a atuar em seu lugar.

Visão psicossocial

Na visão sistêmica, a família constitui-se no grupo primeiro de pertencimento, no qual se estabelecem relações de dependência e vínculos afetivos entre os seus membros. Possui uma estrutura hierárquica e dinâmica e funciona como um sistema em interação recíproca e constante com os grupos e as instituições sociais. Tem como objetivo enfrentar as crises, facilitando o espaço de formação, crescimento, desenvolvimento e individuação de seus membros.

Na visão psicanalítica, a família tem a tarefa de fazer nascer a vida psíquica de seus filhos. O bebê, ao se organizar internamente, conta com o apoio de seu ambiente: pais, irmãos, avós, parentes. Junto à família, o bebê aprende um modo de experimentar o mundo, de viver, de interagir, de compreender e reproduzir a narrativa familiar, de se individualizar e se diferenciar. A família acolhe o bebê num "berço psíquico" que tanto serve para estruturar e manter o grupo familiar psiquicamente integrado, quanto para acolher e organizar o mundo interno do novo ser que acaba de chegar (CAVALCANTE, 2003).

Para Bernal (2001), a família cumpre algumas funções para a sociedade e para o indivíduo, de acordo com os seguintes pressupostos:

a) **Função biossocial –** A família se constitui como uma unidade de reprodução e manutenção da espécie. Nela se origina a necessidade da descendência e se criam condições para o desenvolvimento físico, psicológico e social de seus integrantes.

b) **Função econômica –** A família é uma unidade de produção e reprodução de bens e valores materiais. Recebe influências das leis sociais e econômicas, bem como dos padrões culturais de cada região, classe social e país. O lar e a família são considerados pequenas empresas encarregadas da manutenção, do cuidado e desenvolvimento de seus membros.

c) **Função educativa –** A família exerce influência em todo o processo de aprendizagem individual e no próprio desenvolvimento familiar. Transmite, também, os valores ético-morais que derivam dos princípios, das normas e das leis que se observam e se aprendem na família e no mundo de relações intra e extrafamiliares. Contribui com o processo de desenvolvimento da personalidade individual e com a formação ideológica das gerações.

Como vimos anteriormente, na medida em que as teorias reconhecem o papel da família como mediadora entre o indivíduo e a sociedade, tendem a orientar a análise para as suas relações internas – buscando estabelecer as relações entre seus membros em termos de divisão de papéis, poder e autoridade, a partir das relações de parentesco e aliança, gênero e idade – e para as suas relações externas – tentando precisar que relações são estabelecidas entre ela e as outras dimensões da vida social: a sociedade, a política, o trabalho e o Estado.

Ciclo vital da família

Os estágios do ciclo de vida familiar são aqui brevemente caracterizados. Na classe média, geralmente encontramos: (a) saindo de casa – jovens solteiros; (b) a união de famílias no novo casamento – o novo casal; (c) famílias com filhos pequenos; (d) famílias com adolescentes; (e) lançando os filhos e seguindo em frente; (f) famílias no estágio tardio de vida (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Nas classes de baixa renda, de uma forma geral, o jovem precisa trabalhar e cuidar de seus irmãos; as famílias são basicamente geridas por mulheres; as meninas têm filhos cedo e, na mesma casa, convivem as três gerações, que cuidam e trabalham para seu auto-sustento. Eventos traumáticos ocorrem com frequência: pobreza, muito estresse relacionado à sobrevivência, rupturas de vínculos, uso abusivo de drogas, comunidades que convivem com a violência do tráfico de drogas e armas, entre outros.

Quadro 1 – Ciclo vital da família e os fatores de risco para violência

Ciclo vital da família	Fatores de risco para violência
Gestação, parto e puerpério	Temores durante a gestação mobilizam na mulher defesas importantes, como negações, somatizações e reações maníacas, caso não haja esclarecimento e apoio. É comum os futuros pais sentirem-se ambivalentes e angustiados pelas profundas transformações de suas vidas. Nessa fase delicada, formas de violência contra a mulher podem trazer sérios danos para a vida e a saúde da mãe e do bebê.
O bebê e os pais	O choro e o sorriso do bebê são condutas que auxiliam aos pais a se aproximarem para comunicar e assegurar os cuidados necessários à sua sobrevivência. A capacidade do cuidador de reconhecer ou não as necessidades do bebê pode assegurar ou ameaçar a sua saúde psíquica e a violência contra o bebê pode produzir sérios danos ou até a morte.

Quadro 1 – Ciclo vital da família e os fatores de risco para violência (cont.)

Ciclo vital da família	Fatores de risco para violência
A criança pré-escolar	Grande desenvolvimento na motricidade, no funcionamento cognitivo, na linguagem, nas trocas afetivas, no mundo da fantasia, na identidade de gênero. A criança necessita de organizadores internos e externos que a respeitem e orientem. Formas de violência são marcadas por silêncio, impotência e imobilidade.
A criança na idade escolar	Controle progressivo da conduta e manejo da frustração, maior interesse pelo mundo e pelos pares. Maior controle da impulsividade e crescente capacidade de socialização. Diferencia fantasia, sonho e realidade. Desenvolvimento do pensamento simbólico. Desigualdades de gênero e de gerações marcam assimetria de poder e formas de violência (de um tapa a torturas impensáveis) são tidas como "formas de educação".
A puberdade e a adolescência	Mudanças corporais causadas por hormônios e típicas do crescimento físico, maturacional. O impacto dessas mudanças desencadeia alterações psicológicas e sociais que são influenciadas pelo contexto social, histórico, cultural e familiar. Amadurecimento das características sexuais e risco de uma gravidez precoce. Maior ligação com os pares e desilusão com a família. Grandes transformações nos jovens e necessidade de adaptação da família. Rigidez pode gerar violência, posse e invasão do corpo do jovem.
O adulto jovem	Encontra uma identidade própria e adquire capacidade de viver intimamente com uma pessoa, formando sua própria família. É o momento de consolidar o amor, o trabalho e a ética – separando-se dos pais –, ou de viver crises, sendo a faixa de maior risco para suicídio, homicídio e morte por acidente.
A meia-idade	Aceitação de um corpo que envelhece e consciência de que a vida é finita. Reavaliação dos relacionamentos, do trabalho, da carreira, da confiança em si mesmo, da auto-estima, da capacidade de correr riscos e viver incertezas. Coerência entre pensar, sentir, agir e intolerância com discrepâncias existentes. Mudanças físicas e hormonais, doenças degenerativas, diminuição do interesse sexual. Pode-se preferir a estagnação, a acomodação, a fuga do conflito, tendendo à insatisfação, ao desespero ou à depressão.
A velhice	O envelhecimento é marcado por perdas. É preciso encontrar reparação para perdas inevitáveis: saúde física, diminuição das capacidades, perda do cônjuge, do trabalho, declínio do padrão de vida, diminuição das responsabilidades, sentimento de solidão. A rede social e familiar torna-se importante e também os abusos e a violência contra o idoso, seu patrimônio, sua renda podem ser severos e deixá-lo frágil e impotente.

Fonte: Elzirik et al. (2001).

Para refletir

Sua experiência profissional é predominantemente com qual dos segmentos da família: crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos? Trace um paralelo entre sua experiência e os fatores de risco apresentados no quadro 1.

Tipos de violência na família

A violência intrafamiliar toma a forma de negligência, abuso físico, psicológico, sexual, incesto, violência econômica ou financeira, conceituações introduzidas no texto do Capítulo 1. Sua existência facilita a ocorrência do efeito cascata: praticada pelos avós com os pais, a violência repercute na geração dos filhos, que a praticarão com os netos e assim sucessivamente, caso não seja diagnosticada e devidamente tratada em seu contexto sociocultural.

O filme *Festa em família*, de Thomas Vinterberg, é um bom exemplo de alguns tipos de abuso aqui tratados.

O exercício do poder na vida familiar pode ser entendido de várias formas. Uma delas diz respeito ao conceito de gênero, construção cultural dos atributos de masculinidade e feminilidade, com expectativas culturais demarcadas em relação a cada um dos gêneros.

O sistema de gênero ordena a vida nas sociedades contemporâneas a partir da linguagem, dos símbolos, das instituições e hierarquias da organização social, da representação política e do poder. Os papéis de homem e mulher distinguem-se com base na interação desses elementos. Há desigualdade na distribuição do poder e da riqueza entre homens e mulheres, apesar de a norma legal ser a de igualdade entre eles. Uma das explicações para a submissão da mulher trata da necessidade de os homens assegurarem a posse de seu patrimônio e de sua descendência, uma vez que a maternidade é certa e a paternidade incerta. Além dessas, ocorre um sistema rígido de divisão sexual do trabalho de forma que a mulher é tutelada pelo homem: marido, tio ou pai.

A divisão sexual do trabalho regulamenta a reprodução e a organização da família. Entretanto, o que inicialmente era uma construção sociocultural acabou conferindo uma correlação entre sexo e personalidade: é tomado como natural que os homens tenham mais poderes do que as mulheres. Sob essa ótica, torna-se plausível pensar que o homem tem autoridade sobre a mulher, fato que pode justificar como natural a sua violência contra ela. Esse tipo de pensamento faz parte da vida cotidiana, aparecendo na aceitação da violência masculina e no fato de muitas mulheres não reconhecerem a violência que sofrem.

Quadro 2 – Fatores de risco e de proteção à violência intrafamiliar

Fatores de risco (Ministério da Saúde)	Fatores de proteção
Distribuição desigual de autoridade e poder, conforme os papéis de gênero, sociais, sexuais atribuídos a seus membros.	Autoridade e poder marcados pelo diálogo entre adultos e filhos com participação em assuntos nos quais eles possam contribuir.
Relações familiares rigidamente centradas em papéis e funções definidos, sem espaço para alguma flexibilidade.	Relações familiares flexíveis, mantendo o exercício da educação com autoridade e afeto, sem autoritarismo.
Famílias amalgamadas, com diferenciação difusa de papéis e limites, e nível muito baixo de autonomia de seus membros.	Famílias cujo objetivo é criar os filhos para lutarem por seus ideais, incentivando a liberdade de reflexão e ação.
Famílias em permanente tensão, impulsivas e agressivas, com dificuldade de diálogo, mal equipadas para lidar com conflitos.	Famílias que gostam de prosear, se interessam pela vida dos familiares e praticam as habilidades para descontrair a pressão.
Famílias fechadas em si, sem abertura para o mundo externo, por isso mantendo padrões repetitivos de conduta.	Famílias que gostam da convivência familiar aliada à troca com o mundo externo para seu desenvolvimento e crescimento.
Famílias em situação de crise e de perdas, sem instrumental para lidar com ambas.	Famílias que aprenderam a acatar e a lidar com as crises, crescendo com elas.
Vivência de um modelo violento na família de origem de um dos cônjuges.	Vivências de situações de violência que não se instauraram na cotidianidade.
Maior incidência de violência na família devido a uso abusivo de drogas.	Não uso ou uso "social" ou "recreativo" de drogas, minimizando a violência familiar.
História de antecedentes criminais ou uso de armas na família.	Famílias sem história de uso de armas e sem antecedentes criminais.
Comprometimento psicológico-psiquiátrico, agudo ou crônico, de familiares.	Famílias com transtornos psiquiátricos que conseguiram tratar e lidar bem com eles.
Dependência econômica, emocional e baixa auto-estima, influenciando no fracasso em lidar com situações de violência.	Famílias que estimulam a independência, criando mecanismos para lidar com a baixa auto-estima (pela expressão de seu amor).

Dois pontos de vista acerca da educação dos filhos

O jornal *O Globo* de 20 de fevereiro de 2006, na seção "Opinião", publicou a visão de alguns leitores sobre a possibilidade de aprovação de uma lei que proíbe a agressão física de pais sobre filhos, seguindo uma tendência existente em vários países. Leia atentamente as duas reportagens a seguir e pense a respeito. Depois, responda às perguntas apresentadas ao final deste capítulo.

VIOLÊNCIA E AFETO*

Ana Maria Iencarelli **

O projeto de lei n. 2.654/03, que já foi aprovado pela comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, prevê a interdição do castigo físico, suscitando várias questões polêmicas. Por trás do tema está o prazer profundo pelo poder da posse do corpo de nossos filhos, crianças e adolescentes, em lugar da responsabilidade. Essa distorção patrocina a ação desgovernada de mentes patológicas na prática de espancamentos que tanto nos horrorizam.

Segundo a Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência, as mães ocupam o primeiro lugar nas estatísticas: 52% dos casos de violência física são praticados por elas, contra 24% praticados pelos pais, 8% por padrastos e madrastas e 13% por outros parentes, restando 3% por não-parentes. Se acrescentarmos as "palmadas moderadas educativas" a esses índices obtidos com base em denúncias, chegaremos a 70% ou 80% de mães batendo em seus filhos. É a distorção da maternidade: saiu do meu corpo, é meu.

A violência é um componente da mente humana que a civilização e a cultura vêm tentando reprimir. Na Roma antiga, o pai detinha o poder de jogar os filhos nas prisões, flagelá-los e mantê-los acorrentados. Em outra época, mulheres sifilíticas davam de mamar a bebês na crença de que se livrariam da doença. O infanticídio foi tolerado até o fim do século XVII.

Já não aceitamos essas condutas, nem mesmo a palmatória que era usada pela professora nas escolas. Mas, com toda a civilidade que conseguimos, a humanidade ainda não é competente diante de seu impulso destrutivo. Guerra, terrorismo, corrupção são perversões humanas que trazem o prazer de "fortes" sobre "fracos", o prazer do exercício da opressão.

Ouvi um educador falar em defesa da palmada "educativa". Para ele, a nova lei seria uma interferência na vida familiar, com "o Estado entrando em casa onde a supremacia tem que ser dos pais". Concordando, estaremos legitimando o desrespeito ao corpo do outro visto como posse: o pai, a mãe que bate no(a) filho(a), que abusa sexualmente do(a) filho(a), o marido que bate na mulher, ou seja, o mais forte exercendo o poder segundo sua arbitragem. Aliás, vale lembrar que os pais param de aplicar castigos físicos quando seus filhos crescem, e a relação das dimensões corporais entre eles deixa de ser assimétrica.

É preciso ter a garantia da fragilidade do outro para banir o insuportável medo de sua própria impotência, que então cede lugar a uma ilusória, mas prazerosa,

Saiba mais sobre o *bullying* na Parte II deste livro, Capítulo 6.

sensação de onipotência. É assim que fazem os pais com seus filhos, é o que fazem estes filhos como autores de **bullying** na escola, é o que continuam a fazer como **pitboys** nas festas e é desse modo que passam a fazer de novo com seus filhos, numa repetição doentia.

O Dr. Aramis Lopes Neto, coordenador do Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes, da Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência, aponta as condições adversas na família que favorecem a agressividade nas crianças. "Pode-se identificar a desestruturação familiar, o relacionamento afetivo pobre, a permissividade e a prática de maus-tratos físicos ou explosões emocionais como forma de afirmação de poder dos pais."

Nas últimas semanas assistimos à sucessão de notícias de crianças vítimas de maus-tratos físicos: Lucas, dois anos, tinha queimaduras e hemorragia nasal; o bebê de Nova Iguaçu, ainda com o cordão umbilical, foi jogado na rua e atropelado; uma levou um chute e rolou uma escada; outra foi espancada pela mãe e o padrasto até a morte. Esqueceremos estas monstruosidades, como esquecemos de uma Paloma, de nove meses, que morreu de traumatismo craniano, há quatro anos. Castigo físico não é educativo.

Como especialista, afirmo que bater, gritar e humilhar causam dano permanente à mente em desenvolvimento. Sabemos todos que a violência é endêmica. Portanto, é preciso escutar melhor e se responsabilizar, porque a violência nasce quando morrem a palavra e o afeto.

* Fonte: Agência O Globo/Iencarelli, A. M. (2006).

** Ana Maria Iencarelli é psicanalista e presidente da Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência.

PALMADAS*

Denis Lerrer Rosenfield **

Talvez estejamos diante de uma das maiores excrescências em termos de projeto de lei, o que procura proibir que pais punam seus filhos com palmadas. O projeto se encontra em fase avançada na Câmara dos Deputados, sem que esse "avanço" signifique uma lei avançada caso seja eventualmente aprovada. Aparentemente, o seu objetivo pode parecer nobre, como se, assim, houvesse um progresso no que diz respeito aos direitos humanos ou a uma relação mais "correta" entre pais e filhos. Como sucede frequentemente em tais casos, o discurso do politicamente correto embute, por meio de uma lei, o Estado dentro da família, tornando-a tributária de uma instância que "sabe" o que é melhor para os seus membros.

Uma questão das mais relevantes consiste em determinar onde termina a soberania do Estado, onde fronteiras são estabelecidas que delimitem que a sua noção de bem se introduza. O Estado, por exemplo, poderia ter a função de reger as relações de poder entre os cidadãos, uma função de legalidade ao assegurar a paz pública e a de evitar uma exacerbação das tensões sociais pelas gritantes desigualdades, sem que daí se siga uma outra função, a que consiste em impor para cada um o que considera como o "bem". Sociedades totalitárias foram as que "sabiam" o que deveria ser a humanidade e procuraram impor, a ferro e fogo, esse tipo de sabedoria como sendo absoluta. Essa situação política limite pode nos mostrar a que ponto pode chegar a atuação do Estado, se um freio não for posto à sua ação, e ele começa em casos tão anódinos como o de uma "palmadinha".

A relação pai/filhos é uma relação que, historicamente, se fez ao abrigo do Estado, a partir de regras que foram evoluindo conforme as mudanças de mentalidade e de concepção do mundo. Ideias configuram o nosso mundo e, na medida em que essas ideias mudam, o mesmo ocorre com as relações humanas às quais dão forma. Assim, pais podem perfeitamente escolher não punir os seus filhos com palmadas, enquanto outros pensam ser necessária a aplicação desse tipo de castigo. Em todo caso, cabe aos pais a escolha daquilo que pensam ser o melhor para os seus filhos. O que não podem, porém, é renunciar a esse poder de escolha, em benefício de uma instância estatal que por eles decida. Se abdicarem desse direito, darão mais um passo para uma condição servil.

Imaginem o Estado interferindo diretamente nas relações familiares. O que acontecerá? Filhos processarão os seus pais? Utilizarão uma tal medida como instrumento de chantagem? Será necessária a contratação de advogados para que as "partes" se defendam? E partes aqui vêm a significar "partes desmembradas" de um corpo que era uno e esse processo de desmembramento seria operado pelo Estado, que romperia a unidade familiar. Se o Estado já aparece como comensal na mesa da casa, por intermédio de uma tributação que alcança em torno de 40% da renda familiar, comendo literalmente o que poderia ser aproveitado de uma outra maneira pela família, ele se coloca, ainda, na posição de saber o que é o bem da família, disciplinando a sua relação. Trata-se, sem dúvida, de um comensal bastante invasivo, a ponto de destituir a autoridade parental.

Ora, se a autoridade parental é debilitada, senão anulada, cria-se uma situação de anomia, de ausência de regras, a partir da qual as situações de agressão, de ameaças e de desrespeito podem se desenvolver. Em vez de coibir uma situação desse tipo, o projeto de lei em questão pode, ao contrário do pretendido, propiciar situações desse tipo, fazendo com que filhos se ancorem no Estado e não na família. Pais, por sua vez, deveriam ter sempre em mente que, se punirem seus filhos com "palmadinhas", o Estado, em sua onipotência,

poderá irromper em seu lar. O dever ser moral se esvai em proveito de uma instância estatal, que passaria a controlar ainda mais a vida de cada cidadão, reduzindo drasticamente a liberdade de escolha e minando a base mesma da família.

Aliás, seria essa uma boa razão para um referendo. Que tal as seguintes perguntas: "Cabe ao Estado disciplinar as relações entre pais e filhos? Cabe ao Estado determinar se palmadas devem ou não ser aplicadas por pais aos seus filhos?"

* Fonte: Agência O Globo/Rosenfield, D. L. (2006).

** Denis Lerrer Rosenfield é professor de filosofia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Analisando as reportagens, observamos que os dois textos refletem posições polarizadas sobre o projeto de lei n. 2.654/03, já aprovado pela comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, que prevê a interdição do castigo físico.

Ana Maria Iencarelli levanta a questão de que os pais teriam a "posse do corpo dos filhos, em lugar da responsabilidade". Essa distorção, segundo a autora, "patrocina a ação desgovernada de mentes patológicas na prática de espancamentos que tanto nos horrorizam". Logo de início, portanto, sabemos o contexto que irá privilegiar sobre o assunto "palmadas": o do abuso físico que os filhos sofrem dentro do lar, porque para a autora a "violência é um componente da mente humana que a civilização e a cultura vêm tentando reprimir", aparentemente sem sucesso. Diz Iencarelli: "com toda a civilidade que conseguimos, a humanidade ainda não é competente diante de seu impulso destrutivo: perversões humanas que trazem o prazer de 'fortes' sobre 'fracos', o prazer do exercício da opressão". Congruente com o seu ponto de vista, Iencarelli se coloca a favor da lei anteriormente referida.

Para que você tenha mais elementos para uma reflexão crítica sobre a crença cultural de que a agressão física seria uma forma justificada de disciplina e não exatamente uma agressão física, recomendamos a visita ao site http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/index2.htm, do Laboratório de Estudos da Criança (Lacri/USP), que há anos veicula a campanha "palmada deseduca", introduzindo na sociedade o debate sobre a questão.

Do outro lado está Denis Lerrer Rosenfield, para quem "talvez estejamos diante de uma das maiores excrescências em termos de projeto de lei, o que procura proibir que pais punam seus filhos com palmadas". O autor, que se coloca contra a lei referida, alerta que um discurso politicamente correto, como o que não permite que os pais batam em seus filhos, "embute, por meio de uma lei, o Estado dentro da família, tornando-a tributária de uma instância que 'sabe' o que é melhor para os seus membros". Um Estado "totalitário", na visão de Rosenfield.

Segundo os dois artigos, estamos diante de uma **humanidade destrutiva** em seu âmago ou de um **Estado totalitário** que a tudo veria e controlaria?

Azevedo e Guerra (2001), coordenadoras do Lacri, discutem o quão é arraigada na família brasileira a "mania de bater" em crianças. Segundo as autoras seria possível discernir, embora com nuances bastante sutis, as noções de "disciplina" e "castigo". A primeira indicaria o uso da agressão física por parte de pais ou responsáveis com intuito de "ensinar", existindo aí uma concepção preventiva a novos erros; a segunda noção traria a ideia de punição por erros e falhas cometidos.

Acreditamos que a naturalização que as agressões físicas têm na sociedade contemporânea precisa ser questionada e debatida com um nível de complexidade maior do que vem sendo feito. É a negociação entre a cultura e a sociedade que delimita se existe algum padrão de agressão física que possa continuar a ser admitido como estratégia educativa positiva. Cabe a nós, profissionais que lidam com crianças e adolescentes, e aos cidadãos em geral, nos capacitarmos e nos pronunciarmos nessa reavaliação de modos de viver. Compreender melhor como a naturalização e a articulação entre violência física familiar, escolar e comunitária se potencializam pode nos ajudar a tomar uma atitude contrária à prática de agressões físicas em qualquer nível do relacionamento humano.

Outro filme a que você pode assistir para ajudar a refletir sobre o tema é *Kramer x Kramer*, de Robert Bentoni.

Referências

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. (Org.). *O livro das famílias*: *conversando sobre a vida e sobre os filhos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos*: *formação da auto-estima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. (Criança, mulher e saúde).

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. *Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Iglu, 2001.

BASTOS, E. R. Um debate sobre a questão do negro no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 20-26, 1991.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERNAL, I. L. Atención familiar. In: SINTES, R. A. et al. *Temas de medicina general integra*, v.1. La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 2001. p. 209-234.

BILAC, E. D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil: notas muito preliminares. In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (Org.). *Família em processos contemporâneos*: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola, 1995. p. 43-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília, 2002. (Cadernos de atenção básica, 8).

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 49-79.

CANDIDO, A. The Brazilian family. In: SMITH, L. E; MARCHANT, A. (Org.). *Brazil, portrait of half a continent*. Nova Iorque: The Dryden Press, 1951.

CARTER, B.; MACGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAVALCANTE, F. G. *Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CORRÊA, M. *Colcha de retalhos: estudos sobre a família no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Unicamp, 1994.

ROSENFIELD, D. L. Palmadas. Jornal *O Globo*, Seção Opinião, 20 de fevereiro, 2006. Disponível em: <http://clipping.planejamento.gov. br/Notícias.asp?NOTCod=250497>. Acesso em: 18 nov. 2008.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SILVA,H.O. (Coord.) *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais?*: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: Claves; UNICEF, 2004.

ELZIRIK, C. L; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. (Org.). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Agora, 2002.

FIGUEIRA, S. A. et al. O “moderno” e o “arcaico” na nova família brasileira. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.). *Uma nova família?: o moderno e o arcaico na família de classe média brasileira*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1987. p. 12-30.

FREYRE, G. *Casa-grande & senzala*. 29. ed. Rio de Janeiro: Record, 1994.

GONÇALVES, H. S. *Infância e violência no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU Ed., 2003.

HEILBORN, M. L. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

IENCARELLI, A. M. Violência ou afeto? Jornal *O Globo*, Seção Opinião, 20 de fevereiro, 2006. Disponível em:<http:www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=7&id_subcategoria=13>. Acesso em: 12 nov. 2007.

INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE. *O fim da omissão: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica*. São Paulo: Fundação Abrinq, 2002. 72 p.

KRUG, E. G. et al. (Org). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LÉVI-STRAUSS, C. *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1981.

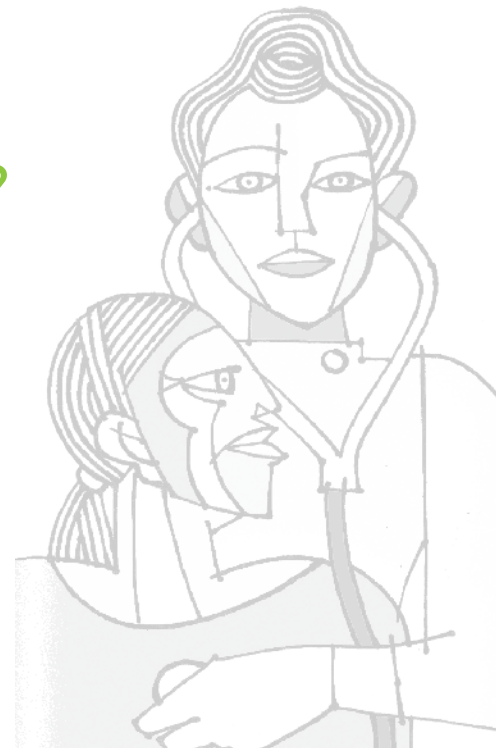
MINAYO, M. C. S. et al. *Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 7-23, 1999.

MOURA, C. *As injustiças de Clio*: o negro na historiografia brasileira. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

VELHO, G. (Org.). Memória, identidade e projeto. In: VELHO, G. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 97-105.

4. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde

Simone Gonçalves Assis e Joviana Quintes Avanci

O objetivo deste capítulo é apontar fatores de risco e de proteção à violência, tendo como norte as noções de prevenção à violência e de promoção da saúde. Propõe-se que esses caminhos sejam tomados como prioritários na agenda dos profissionais e gestores da saúde que lidam com o tema.

Apesar de a violência ter estado sempre presente na história da humanidade, ela não é parte inevitável da condição humana. Seres humanos aprendem a conviver com a violência desde muito cedo. Da mesma forma que aprendem, podem desaprender. Os fatores que contribuem para respostas violentas podem ser mudados, a exemplo de complicações como as ligadas à gravidez e ao parto e às doenças infecciosas. Aos poucos, eles têm sido evitados e reduzidos em muitos países.

Neste capítulo, inicialmente abordamos os fatores de risco em alguns grupos sociais mais tradicionalmente vulneráveis. A seguir, apresentamos, de forma mais ampla, mecanismos de prevenção à violência e de promoção da saúde que necessitam ser implementados e fortalecidos na prática em saúde. Damos ao enfoque da prevenção à violência e da promoção da saúde um caráter prioritário, considerando sua relevância no delineamento de políticas públicas e os resultados bem-sucedidos e de larga escala que são atingidos quando se toma como norte a prevenção e a promoção de saúde, e a qualidade de vida.

BREVE HISTÓRICO DO CONCEITO DE RISCO

O conceito de risco tem mudado consideravelmente na época moderna. Inicialmente era tido como sinônimo de perigo, contingência e azar. Ao longo da modernidade, passou a envolver a avaliação calculada de algum investimento em relação a possíveis ganhos ou perdas (na área de seguro, nos jogos de azar).

Para as ciências sociais ligadas à saúde, o risco pode ser mais bem entendido como um conceito instituído histórica e culturalmente. Entram em cena os valores imaginários e subjetivos, impossíveis de serem descartados quando se tenta entender por que alguém decide enfrentar um risco ou não. Recentemente, sociólogos e antropólogos vêm dando prioridade à discussão da noção de viver arriscadamente como parte do sentido de aventura e prazer. A tendência à busca de sentido da vida na emoção e adrenalina é uma característica da atualidade, da dita sociedade de risco. Podemos dizer que a ideia de risco e o seu enfrentamento sempre fizeram parte da vida, constituindo-se em essência da existência humana.

Na área da saúde, esse aspecto subjetivo não tem tido enfoque prioritário. Tradicionalmente, o risco é concebido como um correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade, podendo ser definido como a probabilidade de um membro de uma população específica desenvolver uma dada doença em certo período, conforme apresentado no Capítulo 5. No nosso caso, podemos dizer que significa a probabilidade de se ter determinado atributo que facilita se tornar vítima ou agente de violência, em um período determinado. Por estarmos falando de probabilidade, temos que ter clareza que estamos indicando a chance de surgirem alguns comportamentos, em vez de estarmos afirmando esse fato (CONSTANTINO, 2006).

Fatores de risco às diversas formas de violência

Os fatores de risco à violência têm sido temas de textos científicos há algumas décadas.

Uma interessante revisão sobre o assunto pode ser vista no *Relatório mundial sobre violência e saúde*, da Organização Mundial da Saúde, 2002, organizado por Krug E. G. et al.

Apresentamos a seguir os fatores de risco para alguns grupos etários ou de maior vulnerabilidade, a partir de uma abordagem ecológica que considera as interações que ocorrem entre diversos sistemas, hierarquicamente dispostos: indivíduo, relacionamento, comunidade e sociedade. Nesse enfoque, valem mais as interações entre os níveis do que o poder

de um fator isolado para provocar o comportamento violento ou a vulnerabilidade à vitimização.

Para refletir

A partir de sua experiência, procure relacionar os fatores de risco à violência.

Criança e adolescente

Na violência contra a criança e o adolescente, por parte dos pais e de outros responsáveis, vários estudos indicam que crianças mais novas sofrem mais agressões físicas fatais e não-fatais, e, dentre elas, os meninos. As meninas correm mais risco em relação ao infanticídio, ao abuso sexual, à negligência educacional e nutricional, e à prostituição forçada. Quanto à estrutura e aos recursos familiares, pais/mães jovens, solteiros, pobres, desempregados e com nível educacional inferior ao de seus parceiros que não cometem violência têm mais risco de usar a violência contra seus filhos. Ambientes familiares instáveis e com muitas crianças (quatro ou mais) são também muito vulneráveis. Pais com baixa auto-estima, controle deficiente de seus impulsos, problemas de saúde mental e comportamentos anti-sociais estão mais sujeitos a praticar abuso físico contra seus filhos; eles também apresentam dificuldade para lidar com o estresse, para buscar sistemas de apoio social, bem como tendem a apresentar comportamento irritadiço e perturbações ao estado de humor e atitudes de seus filhos, sendo mais controladores e hostis. Um outro fator importante sugerido é o maior risco de pais que foram maltratados na infância fazerem o mesmo com seus filhos. A violência perpetrada por parceiros íntimos também é muito associada à violência contra os filhos, criando um lar onde as agressões e violências tornam-se forma privilegiada de resolução de conflitos. Outras características parentais – como o abuso de substâncias, o estresse e o isolamento social, às vezes oriundas da mudança de emprego, perda de renda, problemas de saúde ou outros aspectos do ambiente familiar – podem aumentar o nível de conflito em casa e afetar a habilidade dos membros em lidar com esses conflitos e encontrar apoio (KRUG et al., 2002).

Quanto aos fatores comunitários, elevados níveis de desemprego, concentração de pobreza e elevados níveis de rotatividade populacional aumentam o risco de maus-tratos às crianças e aos adolescentes. A pobreza afeta a população infanto-juvenil por meio de seu impacto no comportamento parental e na deterioração de infra-estruturas físicas e sociais

da comunidade. Outros fatores culturais e sociais – como normas culturais que circundam os papéis do casal, das relações entre pais e filhos e a privacidade da família; as políticas infantis e familiares; as frágeis fontes de proteção social para as crianças e famílias e receptividade do sistema criminal – também podem afetar a capacidade parental em relação aos cuidados com os filhos (KRUG et al., 2002).

Jovens e infrações

Para a violência juvenil, os fatores individuais de risco são as lesões e complicações associadas à gravidez e ao parto, o que poderia produzir danos neurológicos que facilitariam a ocorrência de violência. No entanto, nessas complicações gestacionais, o prognóstico de risco da violência ocorre, apenas ou principalmente, quando tais problemas se combinam com outros, típicos do meio em que a criança vive. Entre os fatores relacionados à personalidade e ao comportamento estão: hiperatividade, impulsividade, controle comportamental deficiente e problemas de atenção. Os baixos níveis de desempenho escolar têm sido também associados à violência juvenil. Fatores associados às relações interpessoais dos jovens com sua família, amigos e colegas também podem afetar muito o comportamento agressivo e violento, e podem moldar os traços de personalidade. Na família, também contribuem o monitoramento e a supervisão deficiente dos pais, e o uso de punições físicas severas para disciplinar as crianças, os conflitos familiares e a ligação afetiva deficiente entre os pais e as crianças. E mais: o grande número de crianças na família, mãe muito jovem e o baixo nível de coesão familiar. A estrutura familiar com a presença de apenas um dos pais na família é um fator importante, pois, nessas situações, as restrições de acesso a apoio e recursos econômicos deficientes podem ser as causas de violências futuras (KRUG et al., 2002).

Expandindo as relações, o fato de ter amigos infratores está associado à violência nas pessoas jovens. Na vida da comunidade, meninos de áreas urbanas e aqueles que moram em bairros com elevados índices de criminalidade têm maior probabilidade de se envolver em comportamentos violentos do que os que vivem em outro local. A presença de gangues, armas e drogas em um lugar também é uma mistura potente.

A ausência de regras, normas, obrigações e confiança nas relações sociais e instituições tende a propiciar baixo desempenho escolar e levar a uma maior probabilidade de abandono de objetivos, provocando a violência

juvenil. As rápidas mudanças demográficas na população jovem, a modernização, emigração, urbanização e políticas sociais em transformação têm sido vinculadas ao aumento desse tipo de violência na população jovem, além da má distribuição de renda e da qualidade dos governos nacional e local, sua estrutura legal e políticas de proteção social à população. Nas influências culturais, as normas e os valores de resolução de conflitos e de respostas às mudanças de uma sociedade influem no comportamento violento, assim como a sua propagação pela mídia (KRUG et al., 2002).

Homens e mulheres

No que se refere à violência perpetrada por parceiros íntimos, ainda é limitada a informação sobre quais fatores se destacam no risco a essa forma de violência. No Quadro 1 é apresentado um resumo de fatores que são colocados como risco à violência do homem contra a sua parceira, havendo um desconhecimento de estudos que investiguem os fatores que elevariam a violência da mulher contra o homem. As informações expostas devem ser vistas como incompletas e altamente experimentais (KRUG et al., 2002).

Quadro 1 – Fatores associados ao risco de um homem cometer violência contra a parceira

Fatores individuais	Fatores relacionais	Fatores comunitários	Fatores sociais
Pouca idade	Conflito no casamento	Fracas sanções comunitárias à violência doméstica	Normas tradicionais de gênero
Excesso de bebida	Instabilidade no casamento	Pobreza	Normas sociais que apóiam a violência
Depressão	Domínio masculino na família	Baixo capital social (estabelecimento de regras, normas, obrigações, reciprocidade e confiança nas relações sociais e institucionais)	
Distúrbio de personalidade (comportamento dependente, anti-social ou agressivo)	Estresse econômico		
Baixo rendimento acadêmico	Vida familiar precária		
Baixa renda			
Ter testemunhado ou vivido a violência quando criança			

Fonte: Adaptado do Relatório mundial sobre violência e saúde (KRUG et al., 2002).

Na violência sexual dos homens contra as mulheres, outros fatores de risco entram em cena (Quadro 2).

Estupro é o ato de constranger a mulher de qualquer idade ou condição à conjunção carnal, por meio de violência ou grave ameaça. Do ponto de vista jurídico, é crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro. O estupro deve ser diferenciado do atentado violento ao pudor, que consiste em constranger alguém mediante violência ou grave ameaça a praticar ou permitir que se pratique ato libidinoso diverso da conjugação carnal. O atentado violento ao pudor também é crime previsto no artigo 214 do Código Penal Brasileiro. Há projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional que visa eliminar a restrição do crime de estupro somente à relação sexual com uma mulher, como é hoje.

Quadro 2 – Fatores que aumentam o risco de o homem cometer estupro

Fatores individuais	Fatores relacionais	Fatores comunitários	Fatores sociais
Uso de álcool e drogas	Colegas sexualmente agressivos e delinquentes	Pobreza (resultando em crise da identidade masculina)	Normas sociais que apóiam a violência sexual
Fantasias de coação sexual e outras atitudes que apóiam a violência sexual	Ambiente familiar caracterizado pela violência física e poucos recursos	Falta de oportunidade de emprego	Normas sociais que apóiam a superioridade masculina e o direito sexual
Tendências impulsivas e anti-sociais	Forte ambiente familiar ou relacionamento patriarcal	Falta de apoio institucional pela polícia e pelo sistema judiciário	Leis e políticas fracas relacionadas à violência sexual e à igualdade de gênero
Preferência por sexo impessoal	Ambiente familiar sem apoio emocional	Tolerância em relação à agressão sexual	Altos níveis de crimes e de outras formas de violência

Fonte: Reproduzido do *Relatório mundial sobre violência e saúde* (KRUG et al., 2002).

Pouco se sabe a respeito de fatores de risco para a violência sobre homens – nas relações entre parceiros sexuais e nas relações entre parceiros íntimos do mesmo sexo – seja ela física, psicológica ou sexual.

Para refletir

Você pode exemplificar fatores de risco de violência para os homens no dia a dia do seu serviço?

Idoso

No que se refere à violência contra o idoso, há controvérsias quanto ao nível de debilidade cognitiva e física daqueles que são vítimas de abuso, assim como o gênero mais vulnerável. Um importante fator de risco é a natureza do relacionamento anterior entre a pessoa que cuida e o idoso. A combinação entre estresse, relacionamento do cuidador com o idoso, comportamento violento e agressividade por parte de quem recebe os cuidados, e ainda a depressão de quem cuida é um "gatilho" para a violência contra a pessoa idosa. Os agressores são mais propensos a distúrbio de personalidade, a problemas de alcoolismo e a dificuldades financeiras.

O fator comunitário de isolamento social é bastante significativo nessa forma de violência, podendo ser tanto a causa como a consequência do abuso. Normas culturais e tradições, como discriminação etária, sexual e

a cultura de violência, desempenham um papel subjacente importante. Os idosos frequentemente são retratados como frágeis e dependentes, e como menos dignos de receber recursos governamentais ou até mesmo cuidados da família. Estudos realizados na China e na Europa Oriental apontam outros fatores de risco: alto índice de desemprego, falta de estabilidade e segurança social, agressividade dos jovens contra os idosos e a reestruturação ou a falta de redes básicas de apoio para essa população.

Populações

A violência coletiva se deve a alguns outros fatores de risco:

Violência coletiva é aquela identificada pelos conflitos violentos entre nações e grupos, estupro como arma de guerra, movimentos de grandes grupos de pessoas desalojadas, guerras entre gangues e vandalismo de massas.

1. **Fatores políticos**: ausência de processos democráticos e desigualdade de acesso ao poder (seja por área geográfica, classe social, religião, raça ou etnia).

2. **Fatores econômicos**: distribuição e acesso excessivamente desigual a recursos (particularmente de saúde e educação), controle dos recursos naturais mais importantes, controle de produção ou tráfico de drogas.

3. **Fatores sociais e da comunidade**: desigualdade entre grupos, acirramento do fanatismo de grupo em alguns aspectos (étnicos, nacionais ou religiosos), disponibilidade fácil de armas e outros armamentos de pequeno porte.

4. **Fatores demográficos**: rápida mudança demográfica.

Para refletir

No dia a dia do seu serviço, independentemente do grupo vitimado pela violência, quais dos fatores de risco apresentados parecem exercer mais influência para que ocorra violência?

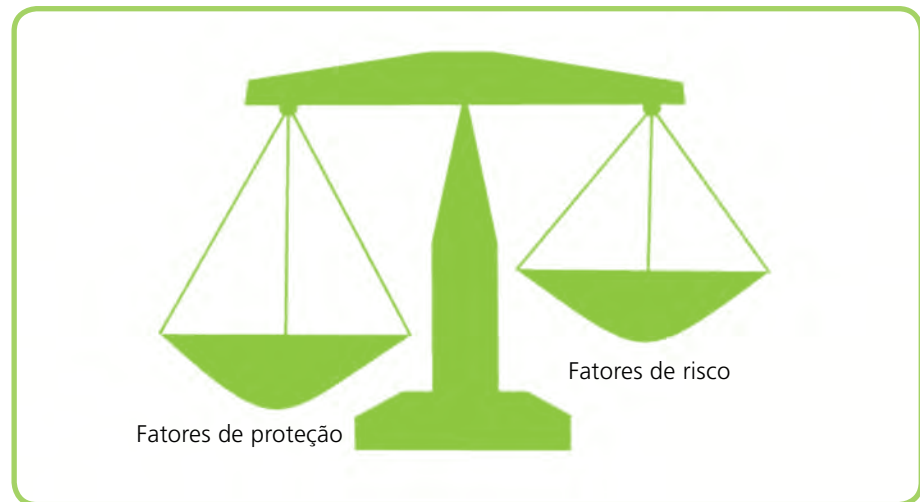
Enfocando a prevenção à violência e a promoção da saúde

Por muitos anos, o enfoque do combate e da redução do risco no enfrentamento da violência e das doenças foi estratégia adotada nos estudos e nas políticas públicas mundiais. Não obstante, mais recentemente a abordagem da prevenção aos problemas e da promoção da saúde vem chamando atenção dos estudiosos e profissionais da saúde para a necessidade de fortalecer os fatores de proteção dos indivíduos, das famílias,

Prevenir a violência significa, por meio de uma providência precoce, antecipar, evitar ou tornar impossível que esse fenômeno aconteça.

de instituições sociais e da sociedade como um todo. Esses fatores, quando presentes, contrabalançariam os efeitos negativos advindos dos fatores de risco, reduzindo-os ou extinguindo-os. Essa abordagem de promoção da saúde tem sido muito utilizada na área de prevenção e enfrentamento da violência.

Figura 1 – Prevenção à violência e promoção da saúde

Ilustração: Assis (2006)

Pensar na prevenção das situações de violência parece um alvo difícil e supérfluo, quando nos deparamos com situações muito graves.

O conceito de prevenção teve grande impacto na área da saúde desde os anos 50 do século passado. Leavell & Clarck (1976) concebiam que os objetivos finais de toda atividade de saúde seriam a promoção da saúde, a prevenção das doenças e o prolongamento da vida. Suas ideias permanecem importantes, embora evoluções tenham surgido nas décadas seguintes.

Ela tem como alcance a **população em geral**. Campanhas de mídia sobre a interrupção da violência contra a mulher são um exemplo de prevenção realizada para mudar a cultura da população, que admite a agressão como forma de relacionamento.

Logo, sistemas assistenciais e redes de apoio social e comunitário são cruciais para a identificação de casos e de populações sob risco de violência.

A prevenção primária se destina a evitar que a violência surja, atuando sobre os fatores que contribuem para sua ocorrência e sobre os agentes dela em tempo anterior à ação violenta.

A prevenção secundária se realiza quando a violência já ocorreu. Significa respostas mais imediatas à violência, enfocando a capacidade de diagnóstico, o tratamento precoce e a limitação da invalidez.

A prevenção terciária compõe-se de respostas mais a longo prazo, visando intervir, controlar e tratar os casos reconhecidos, buscando reduzir os efeitos, as sequelas e os traumas; prevenir a instalação da violência crônica e promover a reintegração dos indivíduos.

A prevenção à violência traz uma particularidade significativa em relação a outras áreas da saúde: as medidas de prevenção secundárias e terciárias são indicadas não apenas para as vítimas, mas também para os perpetradores da violência (KRUG et al., 2002). Isso porque a área da saúde tradicionalmente enfatiza a capacidade de reabilitação e recuperação, muito mais do que a justiça e a segurança pública, estas mais voltadas às medidas de controle e repressão à violência. A proposta de prevenção da violência aqui abordada está ancorada em uma concepção de saúde que contempla a dinâmica integralidade biológica, psicológica e social dos seres humanos.

Para refletir

Ações preventivas de enfrentamento à violência são desenvolvidas no serviço no qual você está inserido?

Em caso positivo, você consegue identificar em qual nível de prevenção as ações estão mais assentadas?

A noção de promoção da saúde está muito próxima à ideia de prevenção à violência, porém vai além. Medidas de promoção da saúde são consideradas muito eficazes para a redução de diversas formas de violência social, grupal e individual. A promoção da saúde foi inicialmente aventada, ainda no século XIX, por sanitaristas europeus que consideraram as causas sociais, econômicas e físicas das epidemias e elegeram como estratégias de ação: prosperidade, educação e liberdade para a população. Posteriormente adotaram uma versão biomédica centrada no indivíduo, com projeção para a família ou grupos próximos e nas últimas três décadas essas ações tomaram direção radicalmente

diferenciada, englobando medidas sobre o ambiente físico e os estilos de vida (BUSS, 2000).

Difundiu-se um novo movimento de saúde pública no mundo, que visou dotar a população dos meios necessários para assumir melhor controle sobre sua própria saúde. Portanto, deixou-se de apenas prevenir os agravos à saúde (como a violência) e passou-se a promover a saúde integrada ao ambiente e à sociedade na qual está inserida. **Promovendo saúde para populações se faz a melhor das prevenções** (FERRAZ, 1994).

Empoderamento significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004).

Sobre promoção da saúde, leia, o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicado na Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde.

Veja também o texto *Promoção da saúde e qualidade de vida*, de Paulo Marchiori Buss, em Ciência & Saúde, volume 5, ano 2000, disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf

A promoção da saúde é uma ação intersetorial. Baseia-se no fortalecimento de fatores protetores para evitar ou controlar os riscos, estimular capacidades, o exercício do autocuidado e da ajuda mútua. Requer que os indivíduos, as famílias, os grupos e a sociedade se responsabilizem e se comprometam em adotar um estilo de vida saudável, um comportamento de responsabilidade e cuidado mútuo entre si e com o meio ambiente. Precisa de requisitos como: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Pressupõe cinco campos de ação: a elaboração/implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária (empoderamento comunitário); o desenvolvimento de habilidades pessoais (empoderamento dos indivíduos pela aquisição de conhecimentos associada ao poder político); a reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2000).

Não se pode conceber que promoção da saúde signifique delegar apenas à população o cuidado com sua própria qualidade de vida, isentando o Estado de uma atuação firme e protetora. É necessário aliar

> atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, nos níveis individual e coletivo (GUTIERREZ, 1997).

Em 1996, o Ministro do Canadá, Jack Epp, apresentou na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde três desafios para alcançar "saúde para todos": reduzir as desigualdades, incrementar o esforço preventivo e fortalecer a capacidade das pessoas no enfrentamento dos problemas da saúde (que incluem a violência). Para tanto, enfatizou os

seguintes mecanismos: (1) autocuidado (decisões e ações que o indivíduo toma em benefício de sua saúde), (2) ajuda mútua, (3) ambientes saudáveis (criação de condições e entornos favoráveis à saúde).

Para refletir

Pense sobre a importância dos mecanismos de promoção da saúde no enfrentamento da violência.

Pensar no conceito de **resiliência** é importante quando se fala de prevenção da violência e promoção da saúde. Significa a capacidade de resistir às adversidades e ter força necessária para alcançar saúde mental durante a vida (TROMBETA; GUZZO, 2002; YUNES, 2001). É um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilita o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não-sadio. Surge da contínua interação entre os atributos do indivíduo e seu ambiente familiar, social e cultural (RUTTER, 1992).

Inicialmente foi compreendida como uma capacidade singular de os indivíduos superarem os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Recentemente o conceito incorporou **grupos e coletividades** como unidades também passíveis de resiliência. Para que a resiliência se fortaleça em um indivíduo ou em uma comunidade, é essencial que existam fatores protetores, modificando, melhorando ou alterando a resposta à violência. Esses mecanismos de proteção podem ser tanto recursos ambientais – como o apoio social oferecido pela comunidade –, quanto forças pessoais de adaptação a contextos adversos – como saúde física, temperamento, auto-estima e autoconfiança.

Pensar em promoção da saúde e em resiliência transfere o foco da ação dos fatores de risco para os protetores. Significa a mobilização de indivíduos, instituições, comunidades e da sociedade em geral, condição essencial para um enfrentamento compartilhado de responsabilidades e deveres ao encarar a violência (ASSIS et al., 2006). Nessa mesma linha de ação, as Nações Unidas, junto ao governo brasileiro, propuseram metas para o período 2007-2011. Dentre as cinco metas estabelecidas para o país, ressalta-se a redução da vulnerabilidade da população à violência.

Para saber um pouco mais sobre resiliência entre crianças e adolescentes, leia o texto "Resiliência: a ênfase nos fatores positivos", de Simone Gonçalves de Assis, Renata Pereira Pesce e Raquel O. Carvalhaes, publicado no livro *Violência faz mal à saúde*, em 2004.

Desenvolvimento de capacidades é a habilidade das pessoas e instituições e das sociedades para desempenhar funções, resolver problemas e estabelecer e alcançar objetivos. Significa o ponto de partida fundamental para melhorar a vida das pessoas. É algo que acontece a longo prazo e por meio de três níveis sobrepostos: (a) individual, permitindo que indivíduos embarquem em um processo de contínuo aprendizado; (b) institucional, a partir das iniciativas locais existentes e estabelecendo organizações viáveis; (c) societal, fomentando grandes mudanças sociais e sistemas que permitam aos indivíduos e às instituições promover uma transformação para o desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005, p. 15).

O desenvolvimento de capacidades se destaca como estratégia a ser utilizada para reduzir a vulnerabilidade das pessoas em relação a todas as formas de violência, aprimorando os mecanismos de efetivação dos seus direitos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005). Com o desenvolvimento de capacidades individuais e institucionais, desestimula-se a cristalização da situação de vítima e estimula-se o protagonismo das pessoas/instituições vulneráveis à violência, tornando-as agentes proponentes, participantes, monitoradores e avaliadores do contexto social em que vivem. Outro conceito similar utilizado na promoção da saúde é o de empoderamento de pessoas, grupos ou comunidades.

Prevenindo a violência por meio da proteção

Durante toda a vida, desde a gestação, há fatores que funcionam como uma espécie de muro de contenção, por meio do qual as pessoas se tornam mais protegidas às situações difíceis da vida, como é o caso da violência. A esses fatores chamamos de proteção; alguns são próprios da pessoa e outros são oferecidos pelo meio social. Podemos identificar três tipos principais:

- proteção individual: gênero, status socioeconômico, idade, características pessoais, como auto-estima, autonomia, autocontrole, temperamento flexível e afetuoso, entre outros;
- proteção familiar: apoio, bom relacionamento, saúde mental dos pais, entre outros;
- proteção social: apoio e bom relacionamento em escola, trabalho, instituições, entre outros.

Esses fatores não acontecem isoladamente; quanto mais sintonia houver entre eles, maior a chance de a pessoa estar protegida. Trabalhar esses fatores de proteção como estratégias de prevenção da violência é um caminho bastante promissor e eficaz, mesmo que em longo prazo. Eles são importantes porque enfraquecem e minimizam as consequências provocadas pelas situações de risco, como a violência. Abordaremos a seguir esses fatores protetores e promotores de resiliência que conduzem à defesa da vida e da cidadania, e que estão nas raízes de programas preventivos eficazes.

Toda a sociedade, em diferentes grupos sociais e em distintas faixas etárias, necessita que os fatores de proteção estejam presentes e ativos nas práticas dos serviços e nos relacionamentos entre as pessoas, sejam elas

bebês, crianças, adolescentes, jovens, mulheres, homens, trabalhadores, negros, indígenas ou idosos. Alguns desses grupos, historicamente, estão mais vulneráveis à violência, necessitando de medidas preventivas mais imediatas, efetivas e duradouras.

O bebê e a criança

O bebê – ainda no ventre e até o seu nascimento – recebe estímulos de sua mãe biológica. Nesse momento inicia-se uma ligação afetiva vital. Quanto mais afeto e segurança nessa fase da vida, mais ele estará fortalecido e protegido. Como forma de apoio e suporte, o acompanhamento do bebê no pré-natal e da saúde materno-infantil pelo profissional da saúde é um recurso protetor importante (CYRULNIK, 2004).

A partir do nascimento, outros fatores de proteção entram em cena, já que há uma ampliação das interações e estimulações. Na infância, a maior parte dos fatores que protegem está na família, instituição responsável pelo desenvolvimento inicial das capacidades individuais da criança. Consciência, auto-estima, sentimento de confiança (em si e no mundo), autonomia, aprendizado dos limites e potencial de resiliência começam a ser estruturados nessa fase. O cuidado caloroso, afetuoso e respeitoso dado à criança é um privilegiado fator protetor que desenvolve essas características primárias do ser humano.

A existência de entorno afetivo e material é aspecto determinante para proteger uma criança que enfrenta violência de sofrer consequências mais graves e duradouras. É claro que a família precisa apresentar condições sociais mínimas para proporcionar o ambiente acolhedor e seguro necessário ao desenvolvimento infantil. Aí se manifesta claramente o papel dos governos no oferecimento de condições dignas de vida à população. Programas de prevenção à violência, com foco nos fatores protetores, são necessários para fortalecer as famílias de modo que elas proporcionem um ambiente acolhedor e protetor, estimulando essas capacidades em seus filhos.

O apoio social adequado às mães se reflete em uma resposta mais positiva às solicitações da criança e em maior afetividade.

O grupo de amigos, com um sentimento de pertencimento, também pode funcionar como proteção para crianças um pouco mais velhas. Também a escola é capaz de proteger a criança e o adolescente. A escola pode:

- estimular a autoconfiança, oferecendo oportunidades para que o aluno perceba suas possibilidades;
- incitar habilidades de negociação, de pensamento crítico, de tomada de decisões, de identificação;
- estimular a elaboração de formas de lidar com sentimentos como raiva e inferioridade; a antecipação das consequências dos comportamentos agressivos; a redução dos preconceitos; a busca de formas alternativas e não-violentas de resolução de conflitos, e o julgamento moral.

A comunidade, embora algumas vezes fragilizada, oferece proteção às suas crianças quando proporciona serviços públicos como educação, saúde, segurança e habitação. Nessa fase da vida, as atuações de prevenção da violência com ênfase nos fatores protetores demonstram ter os melhores resultados na prevenção à violência juvenil.

O adolescente e o jovem

Priorizar a adolescência e a juventude como foco das ações preventivas é uma medida que vem sendo tomada em vários países, pois nesse grupo etário está a maioria das vítimas e dos autores dos crimes e da violência. A relevância do tema é tão grande que vários governos têm tomado o enfrentamento à violência juvenil como foco prioritário de ação.

Alguns fatores protegem adolescentes de assumirem comportamentos infracionais e violentos, e por isso precisariam ser estimulados (UNITED STATES, 2001; ASSIS; AVANCI, 2004):

- atitudes de intolerância diante de infrações e violência, comportamentos geralmente aprendidos dos pais e outros adultos significativos (adoção de valores e normas sociais);
- projeto de vida baseado em sonhos e metas;
- compreensão das consequências dos próprios atos;
- bom envolvimento na escola (acadêmico e relacional);
- envolvimento em atividades de lazer educativas (artísticas, esportivas);
- relações afetuosas e seguras com adultos;
- supervisão familiar;
- mais elevada inteligência, correlacionada a curiosidade, criatividade e rendimento escolar;

- envolvimento com amigos que também têm intolerância aos comportamentos infracionais e violentos;
- religiosidade;
- existência de adulto significativo para contrabalançar os conflitos com os pais, frequentes nessa fase da vida.

Atuar protegendo as escolas é também fundamental, se a prioridade for a melhoria de relacionamento entre alunos e entre alunos e professores, tendo como base a ética e a cidadania, conceitos fundamentados em aprendizado de limites, resolução de conflitos, aumento da competência e modificação de comportamentos.

O adulto

Na fase adulta, os fatores de proteção são ampliados. Os afetos alcançam maior desenvolvimento e demandam o estabelecimento de novos núcleos familiares. A intimidade afetiva com o parceiro ou a parceira e filhos é uma fonte protetora importante. A competência e a satisfação com o trabalho fortalecem a autoconfiança e a auto-estima, oferecendo proteção. Alguns fatores de proteção se mantêm importantes na fase adulta e outros são incluídos:

- apoio e suporte social – poder contar com pessoas e instituições que ofereçam afeto e apoio;
- perseverança para enfrentar as dificuldades – mesmo quando o planejado não deu certo – e para continuar tentando, apesar dos obstáculos;
- cultivo da satisfação com a vida e da auto-estima elevada;
- conquista, satisfação e sucesso no trabalho;
- opção por estratégias mais ativas de enfrentamento dos problemas, buscando ajuda de outras pessoas e de profissionais especializados para apoiá-los na reflexão ou na resolução dos conflitos;
- capacidade de sustentar a si mesmo e à sua família;
- ter família ou relacionamentos afetivos estáveis.

O empoderamento, a conscientização dos direitos humanos, a resolução de conflitos, a aquisição de autonomia sobre a própria vida e a formação de identidade masculina e feminina cidadã são alguns dos fatores protetores estratégicos importantes nesse período da vida. Perspectivas diferenciadas de gênero, com o privilégio de um enfoque relacional

específico para homens e mulheres, precisam ser focalizadas em redes de proteção e prevenção.

Estratégias de prevenção devem também atentar para particularidades como raça/etnia e inserção profissional, outros importantes focos de atuação preventiva. Podemos dizer que, para os trabalhadores, uma carga horária de trabalho não exaustiva; a qualificação profissional por meio de educação ou capacitação profissional; o aumento das oportunidades de emprego/trabalho são alguns dos fatores apontados em programas de prevenção direcionados principalmente a comunidades e grupos com poucas oportunidades. O cumprimento de normas legais que coíbam a intimidação e a agressividade nos locais de trabalho são metas possíveis de serem absorvidas em programas de prevenção. A violência física e o assédio sexual também podem ser minimizados em um ambiente que promova o respeito às diferenças e a igualdade de direitos.

Em relação aos negros, vale destacar a prioridade do recorte racial/étnico em todas as ações de atenção às pessoas em situação de violência, potencializando o fortalecimento da etnicidade do ponto de vista do fortalecimento pessoal e coletivo para o enfrentamento do racismo com a preocupação de garantia da auto-estima para a manutenção da saúde mental (OLIVEIRA, 2003). A proteção a pessoas afrodescendentes cabe na redefinição dos horizontes de igualdade de oportunidades de condições e de resultados, fazendo dispor, entre outros, de políticas explícitas de inclusão racial.

O idoso

Os fatores de proteção da pessoa idosa acompanham a ideia de envelhecimento ativo, pela experiência positiva de longevidade com preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Converge no horizonte de melhoria da saúde e da qualidade de vida do idoso, com foco em mudanças comportamentais/práticas de saúde e em dimensões subjetivas e sociais do bem-estar. Nessa fase, é preciso estimular o controle sobre a vida, enfatizando dimensões do autocuidado, da competência e do sentimento de integridade. Destaque também ao desenvolvimento da espiritualidade e da presença de apoio e suporte social. E ao revigoramento pela boa condição física e capacidade para lidar com os problemas. Promover a cidadania do idoso é um fator protetor fundamental, cabendo ao Estado regulamentar e garantir o espaço social reservado a eles.

Para refletir

É possível potencializar fatores de proteção para a clientela atendida por você?

Que fatores de proteção poderiam ser trabalhados?

Como isso poderia ser feito?

Ações e programas de prevenção à violência

Diversos programas de prevenção têm mostrado resultados positivos na redução da violência. Por princípio, atuações em prevenção têm melhores resultados se houver articulação institucional, intersetorial e interdisciplinar. Saúde, segurança pública, educação, habitação, planejamento, mídia, sociedade civil, entre outros setores, precisam se articular visando à obtenção de melhores resultados e à não-superposição de atividades.

Um segundo princípio é o de que os mecanismos de prevenção são variados, segundo os tipos de violências e os grupos sociais a que se dirigem. Por essa razão, uma ação preventiva pode ter resultados positivos numa comunidade e negativos em outras. A compreensão das características culturais é um fator-chave para o desenvolvimento de ações de prevenção à violência.

Outro aspecto fundamental é definir com clareza que tipo de intervenção se pretende atingir, podendo-se optar por: (1) intervenções universais, dirigidas a grupos ou população em geral; (2) intervenções selecionadas, voltadas para pessoas sob risco; (3) intervenções indicadas, dirigidas às pessoas que apresentam comportamentos violentos. Mostramos a seguir uma síntese de programas de prevenção que trazem resultados significativos na redução da violência, segundo o grupo social alvo das medidas (MESQUITA NETTO et al., 2004; SHERMAN et al., 1997; NUTTALL et al., 1998).

Família como alvo das medidas de prevenção e promoção

Existe uma relação de mão-dupla entre violência social e familiar. A existência de violência na família contribui para aumentar a incidência e o impacto de violências na sociedade e potencializa o risco de envolvimento de crianças e adolescentes em outros tipos de violência quando eles crescem e, depois, quando formam novas famílias. As famílias produzem e

reproduzem cultura e mentalidade, atitudes e comportamentos. As principais vítimas são mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

Os programas de prevenção da violência centrados na família precisam ser compreensivos e continuados para mostrarem melhores resultados. Quanto mais incluírem os vários atores familiares, melhor seu impacto.

Quadro 3 – Classificações dos programas de prevenção centrados na família

Quanto aos âmbitos de aplicação	
Família	Ações geralmente realizadas por meio de visitas domiciliares.
Escola	Ações realizadas em creches, pré-escolas e escolas de ensino fundamental e médio. São voltadas especialmente para os alunos, mas muitas atingem também a família. Há ainda algumas ações de capacitação de professores para atuarem na questão da violência, especialmente no âmbito familiar.
Comunidade	Ações que buscam a melhoria do relacionamento familiar e a conexão da família com serviços e equipamentos sociais, visando ao incremento do apoio social à família. As ações são de envolvimento comunitário (lazer supervisionado, promoção de renda, troca de experiências e apoio social, por exemplo).
Serviços de saúde	Intervenções que promovem o atendimento aos casos de violência familiar. Também há grande investimento em ações que estimulam a capacitação profissional para uma ação de educação em saúde.
Outros serviços	Intervenções sociais que resultam em mudanças na família, proporcionadas por órgãos de assistência social, segurança pública, justiça, entre outros, com finalidades variadas. São exemplos os abrigos para vítimas de violência, as ações voltadas para capacitação e melhoria do atendimento prestado pelos policiais, as ações dos operadores de direito, os programas de renda mínima e apoio ao trabalhador, dentre muitos outros.
Quanto aos tipos de intervenções	
Treinamento parental	Educação/informação dirigida aos pais sobre desenvolvimento infantil e fatores que predispõem os filhos aos comportamentos violentos; desenvolvimento de habilidades de comunicação com os filhos; resolução de conflitos de forma não violenta; desenvolvimento de habilidades parentais mais efetivas; estabelecimento de limites claros e flexíveis, com regras e delegação de tarefas apropriadas para a idade, acordadas entre todos os membros da família; supervisão do cotidiano familiar e dos filhos; manutenção da hierarquia familiar; responsabilidade sobre o bem-estar dos filhos.
Acompanhamento domiciliar	Busca, por meio de visitas domiciliares, acompanhar de perto a família, dando suporte, apoio, informação e, por vezes, treinamento aos integrantes do núcleo familiar. Tem como foco de atuação mais comum mães e crianças pequenas.
Terapia familiar	Ações realizadas individual ou coletivamente, abrangendo uma gama de abordagens (psicanalítica, psicodramática, construtivista, sistêmica, existencialista, entre outras). Variam também quanto ao envolvimento dos atores familiares: filhos, pais e agressores. Tem como propósitos melhorar a forma como os familiares lidam com os problemas; facilitar a expressão dos sentimentos, questões, medos; ensinar resolução de problemas e habilidades de prevenção.
Apoio social	Busca promover a inclusão da família ao meio que a cerca: escola, comunidade, trabalho, entre outros.
Casas/abrigos de proteção	Ações que têm por finalidade retirar momentaneamente mulheres, crianças e idosos do ambiente familiar violento, dando suporte emocional para a interrupção do relacionamento violento.
Capacitação profissional	Programas voltados para a formação profissional nas várias áreas relacionadas a prevenção e atendimento das pessoas envolvidas em situação de violência familiar.

Fonte: Adaptação de Paulo Mesquita Neto et al. (2004).

Estudos norte-americanos de avaliação de impacto de programas de prevenção à violência mostraram excelentes resultados em dois deles, com foco em famílias (SHERMAN et al., 1997): "treinamento parental e intervenções na gravidez e infância precoce para famílias em situação de risco". Essas intervenções precoces geralmente são feitas por meio de visitas domiciliares desde o nascimento da criança, até ações efetuadas na pré-escola. Podem demorar até 15 anos para mostrar como efeito a diminuição do número de jovens envolvidos em infrações, porém reduzem vários outros problemas, como: abuso físico, sexual e psicológico durante a infância, e distúrbios de comportamento nas crianças. Também contribuem para a melhoria da participação escolar, do relacionamento/compreensão entre pais e filhos, e de condições de saúde das crianças. Nesses encontros domésticos em que os profissionais participam do cotidiano das famílias, o visitador cuida do desenvolvimento da criança, podendo dar informações, suporte emocional, ensinar ativamente ou apenas acompanhar a família e ouvir as dificuldades. Os visitadores podem ser orientados em práticas de saúde, desenvolvimento humano e nos aspectos relativos a habilidades cognitivas e sociais. Contudo, o trabalho essencial "é prover uma ponte entre os pais (especialmente a mãe) e a criança". O visitador aproxima-se mais dos valores culturais e necessidades de cada núcleo familiar (DARO; DONNELY, 2002).

Escola como alvo das medidas de prevenção e promoção

São programas que buscam aumentar as habilidades cognitivas e o sucesso acadêmico futuro, fator de risco importante para reduzir o índice de infrações juvenis. Mostram bons resultados na prevenção das infrações praticadas por jovens.

O estímulo à competência costuma estar direcionado a adolescentes e seus familiares, abrangendo competências sociais e de resolução de problemas; competências de tomada de perspectiva; competências de regulação emocional e de autocontrole. São geralmente propostas atividades que melhorem a capacidade de empatia, de dar e receber cumprimentos, de perguntar e de formular pedidos, além de observação do comportamento não-verbal, com base no pressuposto de que crianças agressivas tendem a atribuir significado mais hostil aos atos de outrem do que crianças não agressivas (NEGREIROS, 2001).

Existem ainda programas direcionados a aumentar a capacidade de a escola se abrir para a sociedade, iniciando e sustentando transformações,

envolvendo, junto com o corpo docente e discente, a família e a comunidade de forma participativa na gestão escolar (ABRAMOVAY, 2003).

Comunidades como alvo das medidas de prevenção e promoção

São programas comumente voltados para: (a) organização e mobilização da comunidade, tendo frequentemente como meta seu empoderamento; (b) restrição da ação das gangues; (c) utilização de mentores (orientadores) para os jovens em situação de risco, e de cuidadores para idosos e pessoas com deficiências; (d) recreação para a juventude; (e) redução da presença ou acesso a drogas, álcool e armas. Esses programas, isoladamente, mostram efeitos mais tímidos na prevenção da violência. Têm foco mais restrito e são pontuais, necessitando estar associados a outras estratégias preventivas para que seus efeitos possam ser mais bem visualizados. Outras ações de prevenção na comunidade estão significativamente na esfera da segurança pública: criar e cumprir a legislação, efetuar investigação policial e prisões, aumentar a atuação policial e sua eficiência.

Mídia como alvo das medidas de prevenção e promoção

Muito se tem a conhecer acerca da influência dos meios de comunicação sobre a violência social. A mídia, especialmente a televisão, divulga correntemente cenas de violência e ainda poucas são as restrições e o controle social existentes sobre o tema. Em alguns casos, como os suicídios, existem acordos informais de não divulgação do evento violento pelos meios de comunicação. Outros tipos de violência têm divulgação total, muitas vezes não se respeitando faixa etária ou horário de exibição, o que demanda da sociedade uma discussão dos limites por ela aceitos para lidar virtualmente com o tema da violência. Por outro lado, tem crescido a responsabilidade de vários meios de comunicação que veiculam campanhas de prevenção e inserem o tema da violência em seus programas cotidianos.

No que se refere à influência da mídia sobre crianças e adolescentes, alguns programas de prevenção – que enfocam o treinamento de pais para modificar o hábito de seus filhos assistirem à televisão – não mostraram resultados adequados, enquanto outros – que buscaram dar à criança noções sobre a importância do que assiste e suas consequências,

propiciando-lhe liberdade de decisão – surtiram melhor efeito (HEATH et al., 1989). Sob o respaldo da Academia Americana de Pediatria, as seguintes orientações devem nortear as ações: desestímulo à noção autoritária de proibição de programas; implantação de uma agenda pró-criança nos meios de comunicação, indicando temas e reduzindo o excesso de violência; orientação de pais e familiares sobre a questão; atuação sobre os meios de comunicação visando ao bem-estar da criança; e divulgação do potencial positivo dos meios de comunicação.

Setor saúde como alvo das medidas de prevenção e promoção

O potencial do setor saúde para atuar em prevenção à violência é muito grande, tendo dedicado especial atenção às violências interpessoais, especialmente na esfera da família e da comunidade. Algumas das metas possíveis enfocam: prevenção e reabilitação de usuários de drogas; elaboração de programa de formação com pais de crianças e adolescentes; readequação dos serviços para atender à demanda originada pela violência, capacitando os profissionais a prevenir, diagnosticar, notificar, tratar e encaminhar as vítimas adequadamente; criação de grupos de auto-ajuda com apoio profissional nas unidades de saúde.

Há no Brasil programas de prevenção na área da saúde que privilegiam a proteção de crianças e adolescentes, mulheres e idosos. Programas de prevenção ao abuso de drogas são também comuns. Programas de visitas domiciliares e terapias familiares são estratégias que começam a ser mais utilizadas. Na esfera da comunidade, os programas de saúde têm objetivo de sensibilização e mobilização de membros da comunidade para identificar precocemente a violência e agilizar a busca pelo atendimento.

Justiça e segurança pública como alvo das medidas de prevenção e promoção

Em relação à polícia, destaca-se a prevenção situacional direcionada para tipos específicos de infrações e para reduzir a possibilidade de uma pessoa infringir as leis. Um exemplo é a colocação de câmeras para aumentar a vigilância em locais com alta incidência de crimes. São ações importantes, mas costumam ter como consequência a troca de locais para cometimento de crimes, especialmente por indivíduos já inseridos no universo criminal. O policiamento comunitário e o policiamento orientado para a resolução de problemas têm outra perspectiva de ação de prevenção: são

direcionados para a redução dos fatores de risco que contribuem para aumentar a incidência de crimes e violências na sociedade.

Programas de prevenção com foco na justiça promovem acesso igualitário e ágil trâmite processual. No que se refere a jovens infratores, dois tipos de programas mostram bons resultados na prevenção da violência: aqueles com enfoque na reabilitação (em detrimento dos que possuem enfoque punitivo) e os que contam com supervisão comunitária.

Mercado de trabalho como alvo das medidas de prevenção e promoção

Não se observa uma relação direta entre oportunidades de trabalho e violência praticada, embora sejam fatores certamente relacionados. Existem dois principais tipos de programas de prevenção da violência através do trabalho: (a) os que visam aumentar a qualificação profissional das pessoas por meio de educação ou capacitação profissional, direcionados principalmente a grupos em situação de risco de desemprego, particularmente os jovens, os adultos que já receberam penas e os adolescentes que já receberam medidas socioeducativas; (b) os que visam aumentar as oportunidades de emprego/trabalho, direcionados principalmente a comunidades e grupos com poucas oportunidades de emprego/trabalho (BUSHWAY; REUTER, 1997; SHERMAN et al., 1997; MESQUITA NETO et al., 2004).

Avaliar as ações e os programas de prevenção é um passo importante para a implementação de uma política de prevenção à violência e promoção da saúde. A principal argumentação em favor da prevenção à violência é a de que é mais barato investir em saúde, educação e trabalho do que sustentar os gastos sociais da violência. Os governos dispendem boa parte da verba anual com o sistema de justiça criminal, especialmente com o sistema prisional, embora hoje já existam vários estudos que comprovam a eficácia e o custo-benefício de muitos programas de prevenção (UNITED STATES, 2001; SHERMAN et al., 1997; MESQUITA NETO et al., 2004).

Para refletir

Você tem conhecimento sobre o desenvolvimento de programas de prevenção à violência na cidade onde trabalha?

As diferentes percepções de prevenção à violência

Na maior parte das vezes, os serviços e programas invadem o espaço doméstico, escolar e da comunidade, com "receitas" oriundas do conhecimento científico e com pré-julgamentos, não respeitando as diferenças culturais que fazem parte da vida das pessoas e da comunidade. Para obter bons resultados na prevenção à violência, um programa precisa lidar com as diferenças entre o que suas normas propõem, o pensamento dos profissionais que o executam e as expectativas das pessoas e comunidades atendidas. Nem todos os profissionais têm habilidade para lidar com prevenção à violência e promoção da saúde. É preciso acreditar que prevenir é possível e crer no potencial de transformação das pessoas. É ainda necessário: ter uma abordagem empática ao lidar com o problema, sem ferir – ou ferindo pouco – a cultura familiar ou comunitária; desenvolver habilidades de resolução de problemas; e aprender a lançar mão de atitudes inapropriadas como ponto de partida para mudanças. O texto a seguir mostra como o profissional pode reproduzir uma postura autoritária em sua atitude e abordagem, a exemplo de como a sociedade costuma tratar famílias rotuladas como "problemáticas".

CRENÇAS, SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES ACERCA DA NOÇÃO DE RESILIÊNCIA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO QUE ATUAM COM FAMÍLIAS POBRES

A resiliência em família enfatiza os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar, em vez de demarcar desajustes e falhas. As contradições e controvérsias crescem quando se trata de pensar a resiliência em famílias de baixa renda. Parece lógico pensar na pobreza ou nas comunidades de baixa renda como grupos que sofrem uma diversidade de pressões e opressões. A mídia, instituições e alguns pesquisadores têm contribuído para incrementar imagens de famílias pobres brasileiras num panorama de conflitos, abuso, violência e negligência. Nessa lógica, é fato que comunidades pobres são muitas vezes representadas como "não-resilientes" *a priori*. Na realidade, pouco se sabe sobre os processos e a dinâmica de funcionamento de famílias pobres, mas alguns estudos brasileiros indicam que várias dessas famílias mostram-se muitas vezes hábeis na tomada de decisões e na superação de grandes desafios, evidenciando uma unidade familiar e um sistema moral bastante fortalecidos diante da proporção das circunstâncias desfavoráveis de suas vidas. É importante destacar o papel das mães na construção da resiliência nas famílias. Muitas vezes, esses grupos desenvolvem processos e mecanismos que garantem sua sobrevivência física e

a dos valores de sua identidade cultural, e tornam-se o contexto essencial para o desenvolvimento saudável de seus membros.

No entanto, as percepções e concepções dos profissionais da saúde e da educação mostram acomodação das famílias à situação de miséria. Vêem as famílias pobres como resignadas, desesperançosas em relação ao futuro, desinteressadas e despreocupadas com a sua condição de vida, com relações permeadas pela violência e dando pouca assistência aos filhos.

Ao que parece, esses profissionais esquecem-se da difícil trajetória política e social dessas pessoas ao longo de um caminho de pobreza que vem de gerações anteriores. O resultado dessa relação? Tem sido o não reconhecimento das reais dificuldades vivenciadas por essas famílias e da existência de identidade positiva e consciência transformadora em diversos casos. A atitude negativa e de descrédito dos profissionais em relação às famílias parece agir no sentido de provocar uma atuação "paralisada", mantendo uma identidade de grupo "desestruturada" e "desorganizada", permanecendo inalterada a qualidade de vida dessas populações (YUNES; SZYMANSKI, 2003).

Há também dois filmes interessantes a que você pode assistir para pensar sobre como o imaginário social pode afetar a noção de proteção e de violência: *A Vila*, de M. Night Shyamalan e *Meninos não choram*, de Kimberly Peirce.

Referências

ABRAMOVAY, E. (Coord.). *Escolas inovadoras*. Brasília: UNESCO; Kellogg Foundation, 2003.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos: a formação da auto-estima na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; OLIVEIRA, R. V. C. Resiliência: a ênfase nos fatores positivos. In: LIMA, C. A. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 257-280.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006: política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, 31 mar. 2006.

BUSHWAY, S.; REUTER, P. Review of labor market crime prevention programs. In: SHERMAN, L.W. et al. *Preventing crime: what works, what doesn't, what's promising: a report to the United States Congress*. Maryland: [s.n.], 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-178, 2000.

CONSTANTINO, P. *Riscos vividos e percebidos por policiais civis: estudo comparativo dos municípios do Rio de Janeiro e Campos dos Goytacazes*. 2006. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: M. Fontes, 2004.

DARO, D.; DONELLY, A. C. *Charting the waves of prevention*: two steps forward, one step back. *Child Abuse & Neglect*, v. 26, p. 731-742, 2002.

FERRAZ, S. T. *Bases conceituais de promoção da saúde*. Brasília: OPS, 1994. Mimeografado.

GUTIERREZ, M. Perfil descriptivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. R. (Ed.). *La promoción en salud y la educación para la salud em América Latina: analisis sectorial*. Porto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.

HEATH, L.; BRESOLIN, L. B.; RINALDI, R. C. Effects of media violence on children: a review of literature. *Archives of General Psychiatry*, n. 46, p. 376-9, 1989.

KRUG, E. G. et al. (Org.) *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEAVEL, H. R.; CLARCK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

MESQUITA NETO, P. et al. *Relatório sobre a prevenção do crime e da violência e a promoção da segurança pública no Brasil.* Rio de Janeiro: SENASP/PNUD/FIRJAN, 2004.

NEGREIROS, J. *Delinquências juvenis: trajectórias, intervenções e prevenção*. Lisboa: Notícias Editorial, 2001.

NUTTAL, C.; GOLDBLATT, P.; LEWIS, C. *Reducing offending: an assessment of research on ways of dealing with offending behavior*. London: Home Office, 1998.

OLIVEIRA, F. *Crítica à razão dualista*. São Paulo: Boitempo, 2003. 119 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Uma leitura das Nações Unidas sobre os desafios e potenciais do Brasil*: avaliação conjunta do país, UNCT Brazil. [S.l.]: ONU, 2005. Disponível em: <http://www.onubrasil.org.br/doc/CCABrasil2005_por.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2006.

RUTTER, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: KENT, M. W.; ROLF, J. *Primary prevention of psychopathology*, III. Hannover: University Press of New England, 1992.

SHERMAN, L. W. et al. *Prevention crime*: what works, what doesn't, what is promising: a report to the United States Congress. Washington, DC: National Institute of Justice, 1997.

TROMBETA, L. H.; GUZZO, R. S. L. *Enfrentando o cotidiano adverso*: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas, SP: Alínea, 2002.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. *Youth violence*: report of the Surgeon General. Washington, DC, 2001.

VASCONCELOS, E. *O poder que brota da dor e da opressão*: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing*: a policy framework. [S.l.]: NMH/NPH, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/ageing>. Acesso em: 15 maio 2006.

YUNES, M. A. M. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais da saúde e da educação que atuam com famílias pobres. *Psicologia da Educação*, v. 17, p. 119-137, 2003.

5. Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências

Edinilsa Ramos de Souza e Maria Luiza Carvalho de Lima

A partir da década de 1980 constata-se no Brasil o crescimento da violência social, principalmente nos espaços urbanos das grandes cidades, conforme já comentado nos capítulos anteriores. Suas expressões são as mais diversificadas e estão presentes nas relações interpessoais, nos espaços familiares, institucionais e comunitários. No nosso país esse crescimento deve-se, sobretudo, aos homicídios e acidentes de trânsito que vitimam prioritariamente a população masculina jovem dos 15 aos 39 anos de idade.

Essas violências, entretanto, não afetam igualmente os indivíduos, nem se distribuem homogeneamente nos diferentes espaços sociais. Do mesmo modo elas variam de intensidade ao longo do tempo, dependendo das condições sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais.

O conhecimento das diferentes distribuições desses eventos violentos é possível graças aos estudos e indicadores epidemiológicos que permitem identificar e analisar os perfis das vítimas (idade, sexo, cor, escolaridade, ocupação, renda, dentre outras características), quais são os espaços de maior frequência e risco dessas ocorrências (urbano, rural, município, distrito ou outras divisões) e quais as suas tendências no tempo, buscando a compreensão dos determinantes associados a esses eventos, a fim de adotar as medidas necessárias para atenção, prevenção e promoção da saúde.

Este capítulo se constitui de duas partes: a primeira conceitua e classifica os indicadores epidemiológicos mais usados e a segunda traz a reflexão

e a aplicação dos indicadores de mortalidade e de morbidade por causas externas (eventos acidentais e violentos). Diversas atividades são propostas ao longo da segunda parte, como estratégia fundamental para o desenvolvimento da capacidade de aplicação desses conceitos. Por isso, é muito importante o seu empenho em realizá-las, pois, além de tudo, você estará levantando elementos fundamentais para a atividade final do capítulo. Ao final da leitura, esperamos que você possa calcular e interpretar alguns indicadores epidemiológicos de morbimortalidade relacionados aos acidentes e violências.

Conceitos básicos e gerais

Acidentes e violências referem-se a toda causa não natural que atua ou age sobre as populações, originando alterações em seu estado de saúde, seja em nível de mortalidade ou de morbidade, englobando-se nesse parâmetro todas as causas externas, que compreendem os diferentes tipos de acidentes e a violência propriamente dita: a autoconsumada (suicídios) e a dirigida contra terceiros (homicídios ou agressões) (MELLO-JORGE 1989).

Conforme apresentado no Capítulo 1 desta Parte, há vários conceitos por meio dos quais se pode abordar os acidentes e violências. No presente capítulo, vamos trabalhar com um conceito mais restrito adotado pelo setor saúde.

No mundo todo, atualmente, usa-se a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) para designar e categorizar essas causas externas que constituem um conjunto de eventos e lesões em razão de causas acidentais e intencionais (violências).

Para a mortalidade, elas assumem a denominação “Causas externas” e são classificadas nos códigos V01 a Y98 do capítulo 20 da CID-10. Para a morbidade, esses eventos são designados como “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” e constam do capítulo 19 da CID-10, sob os códigos S e T.

Quando se pretende diagnosticar a magnitude (frequência do evento analisado na população) e o impacto (a importância do evento analisado em relação aos demais problemas de saúde) dos acidentes e violências de determinada população, em certo local e tempo, é necessário lançar mão dos indicadores epidemiológicos.

Indicadores são medidas usadas para descrever e analisar uma situação existente, avaliar o cumprimento dos objetivos, as metas e suas mudanças ao longo do tempo, além de prever tendências futuras.

Porém, antes de passar para a operacionalização dos indicadores, é importante conceituar o que é um indicador. Aqui abordaremos os mais frequentemente usados.

Do ponto de vista quantitativo, números absolutos podem ser utilizados como indicadores, tais como a contagem-incidência de casos novos

de um evento de saúde-doença localizados em um período de tempo e espaço geográfico. Por exemplo, no Brasil, no ano de 2003, a incidência absoluta (ou número absoluto) de óbitos por acidentes de trânsito foi de 33.620.

Para refletir

No seu município, você sabe quantas mortes por acidentes de trânsito ocorreram no último ano?

Converse com algum profissional da saúde ou do trânsito sobre as possíveis causas determinantes dessas mortes.

Uma das formas para você obter essa informação é pesquisando no site www.datasus.gov.br.

- Para isso, depois de acessar o site, marque a opção **Informações de Saúde** e selecione **Estatísticas Vitais**.
- Aparecerá a tela onde você terá que marcar **Óbitos por Causas Externas** e selecionar a opção **Abrangência Geográfica**.
- Isso feito, aparecerá a tela com as diversas opções de análises que poderão ser feitas de acordo com o seu interesse e as variáveis disponíveis.

Observe que os indicadores expressos em números absolutos devem ser utilizados com cautela quando se fazem comparações, em virtude de suas limitações intrínsecas. Eles são úteis no planejamento e na administração da saúde, como, por exemplo, para estimativa do número de leitos, medicamentos e insumos em geral.

Para que as frequências de morbidade e mortalidade possam ser comparadas, torna-se necessário transformá-las em "valores relativos", isto é, em numeradores das frações. É importante saber que essas medidas são denominadas proporção, razão e taxa.

Medidas do tipo proporção

Constituem um tipo de medida matemática em que todas as unidades do numerador estão contidas em um denominador mais amplo, isto é, o numerador é um subconjunto do denominador. As proporções são medidas adimensionais, isto é, o resultado não tem mensuração, e variam desde zero (nenhuma ocorrência do evento) a um.

Os indicadores epidemiológicos baseados em proporções podem analisar tanto a mortalidade como a morbidade. No caso da morbimortalidade proporcional, o número de óbitos ou doença/agravo por uma causa determinada (ou por um grupo de causas) é dividido pelo total de óbitos/agravos ocorridos no mesmo período. O mesmo cálculo pode ser realizado para a proporção de óbitos em determinada faixa etária ou sexo, constituindo um excelente indicador para avaliar qual faixa etária ou sexo na população está contribuindo em maior ou menor medida para a mortalidade. Ou seja, indica qual o grupo mais atingido ou afetado.

Em geral essa relação é multiplicada por uma base de 100.

No numerador da proporção é registrada a frequência absoluta do evento, que constitui subconjunto da frequência contida no denominador.

Exemplo 1

Número de óbitos por homicídios em relação ao número de óbitos total de causas externas. Assim, a proporção de homicídios dentre as causas externas seria:

Do total de causas externas estudadas 37,8% corresponderam aos homicídios

$$\frac{\text{68 óbitos por homicídios}}{\text{180 mortes por causas externas}} \times 100 = 37{,}8\%$$

Para refletir

E no seu município, você sabe qual é a proporção de mortes por homicídios em relação ao total de causas externas? Considerando as variáveis sexo e idade, você saberia dizer qual o grupo mais atingido?

A distribuição proporcional **não** mede o risco de adoecer ou morrer (como no caso dos coeficientes que, no seu denominador, consideram a população sob risco); ela apenas expressa uma parte do todo analisado. Por exemplo, o percentual de pessoas acometidas por suicídios em relação ao total de causas externas. O resultado é sempre expresso em porcentagem e indica causas mais frequentes e grupos mais atingidos.

Coeficiente é uma medida em que os eventos do numerador são casos ocorridos em uma população que se encontra sob risco de adoecer ou morrer por determinado agravo ou doença, em um dado período de tempo e local.

Em epidemiologia é comum o uso do conceito de risco. Nesse caso, o risco é a chance ou probabilidade de, numa determinada população, um indivíduo ou grupo vir a adoecer ou morrer. Esse risco costuma ser medido por meio de um **coeficiente**.

O conceito de risco requer um período referente que descreva o tempo no qual o agravo ou a doença ocorre. Assume-se que a população inteira em risco de desenvolver o evento, no início do período do estudo, foi seguida por um intervalo de tempo específico.

O denominador representa a população sob risco de o evento ocorrer, enquanto o numerador está contido no subconjunto maior que se refere à população. Os resultados podem ser expressos em números múltiplos de 10, dependendo da frequência do evento e da necessidade de inteligibilidade do indicador. Geralmente, para os coeficientes de mortalidade específicos utiliza-se a base 100.000 habitantes ou 10^5.

Neste texto utilizaremos os termos coeficiente e taxa como tendo o mesmo significado.

Potências de 10

$10^2 = 10 \times 10 = 100$

$10^3 = 10 \times 10 \times 10 = 1.000$

$10^4 = 10 \times 10 \times 10 \times 10 = 10.000$

$10^5 = 10 \times 10 \times 10 \times 10 \times 10 = 100.000$

Exemplo 2

O coeficiente de mortalidade por causas externas seria o número de óbitos por causas externas no município, em relação às pessoas residentes nessa cidade, em cada ano. Assim, teríamos:

Ou seja, ocorreram 40 óbitos por causas externas em cada 100.000 habitantes

$$\frac{\text{180 mortes por causas externas}}{\text{450.000 habitantes}} \times 100.000 = \text{40 óbitos por 100.000 habitantes}$$

Para refletir

Qual é o coeficiente de mortalidade por causas externas do seu município no último ano, para o qual existe essa informação?

Comparado com o coeficiente de outras localidades, esse coeficiente é mais alto ou mais baixo?

Você pode identificar as razões pelas quais ele tem essa intensidade?

Medidas do tipo razão

Esse tipo de medida expressa a relação entre duas magnitudes da mesma dimensão e natureza, em que o numerador corresponde a uma categoria que exclui o denominador. A mais utilizada é a razão de sexos: o número de ocorrências em indivíduos de um sexo dividido pelo número de ocorrências no sexo oposto. Quando o numerador é maior do que

Razão é a medida da frequência de um grupo de eventos em relação à frequência de outro grupo de eventos. É um tipo de fração em que o numerador não é um subconjunto do denominador.

o denominador, o resultado expressa quantas vezes a mais ocorre o evento nos indivíduos do numerador com respeito aos indivíduos do denominador.

Exemplo 3

Razão entre o número de casos de homicídios no sexo masculino e o número de casos de homicídios no sexo feminino. Assim, a razão homem/mulher em relação aos homicídios seria:

$$\frac{\text{54 homicídios de homens}}{\text{14 homicídios de mulheres}} = 3{,}9$$

Ou seja, quase 4 homens morrem por homicídio em relação a cada mulher

Para refletir

No ano de 2003, nas capitais do Brasil morreram 5,6 homens em relação a cada mulher por causas externas em geral; 12,3 homens em relação a cada mulher por homicídios; e 4,4 homens em relação a cada mulher por suicídios. Em sua opinião, por que ocorre essa sobremortalidade no sexo masculino?

Indicadores de mortalidade e de morbidade

Os indicadores epidemiológicos são, tradicionalmente, calculados através de indicadores gerais e específicos de mortalidade e de morbidade.

Indicadores de mortalidade

Mortalidade é a variável característica das comunidades de seres vivos. Refere-se ao conjunto dos indivíduos que morrem em um dado intervalo de tempo. O risco ou a probabilidade de qualquer pessoa na população vir a morrer em decorrência de uma doença ou agravo, como no caso das causas externas, é calculado pela taxa ou coeficiente de mortalidade. Representa a intensidade com que os óbitos provocados por uma determinada doença ou agravo ocorrem em uma certa população.

Indicadores como os de mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade materna e por doenças transmissíveis são os mais utilizados para avaliar o nível de saúde de uma população. Entretanto, mais

recentemente, os indicadores relativos às causas externas passaram a ser usados para medir o grau de desenvolvimento e de estilo de vida das sociedades contemporâneas.

Indicador de mortalidade geral

O coeficiente ou a taxa de mortalidade geral se refere a toda a população e mede o risco de morte por todas as causas em uma população de um dado local e período.

Ele é calculado dividindo-se o número de óbitos por todas as causas, em um determinado período, pela população ajustada para o meio desse período, relativo a determinada área. O valor final é multiplicado por um múltiplo de dez.

$$CMC = \frac{\text{Número de óbitos por doença ou causa no mesmo local e período}}{\text{População exposta ao risco}} \times 10^5$$

Quando analisamos o grupo específico das causas acidentais e violentas, denominado causas externas, estamos trabalhando com o coeficiente de mortalidade específico por causa.

Coeficiente de Mortalidade por Causa (CMC)

Mede o risco de morrer por uma causa ou grupo de causas específico, a que esteve exposta uma determinada população, durante certo tempo. No denominador deve constar a população exposta ao risco de morrer por essa mesma causa e, no numerador, o número de óbitos por aquela causa específica.

A mortalidade específica por causas externas varia segundo sexo, idade, raça/cor, entre outras categorias, e é calculada de acordo com a expressão:

$$CMC = \frac{\text{Óbitos por causas externas, segundo sexo ou outra variável de interesse}}{\text{População segundo a mesma variável de interesse}} \times 10^5$$

Exemplo 4

O coeficiente de mortalidade masculina por homicídio é o número de óbitos ocorridos por essa causa na população masculina dividido pela população masculina residente na cidade X, no período Y. Assim, o cálculo seria:

> Ou seja, em cada 100.000 homens 120 morreram por homicídios

$$\text{Coef. Mortalidade masculina por homicídios} = \frac{\text{240 homicídios de homens}}{\text{200.000 homens}} \times 100.000 = 120/100.000 \text{ homens}$$

Em geral, os dados sobre mortalidade por causas externas de residentes são extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e fornecidos pelo Datasus/MS, como dito anteriormente. A cobertura e a qualidade dos dados do SIM são variáveis, sendo melhores nos estados do Sul e Sudeste do país, onde mais de 80% dos municípios possuem informação regular sobre registro de óbitos, enquanto nos municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste essa proporção fica em torno de 60%, mas vem melhorando paulatinamente. No entanto, nas capitais o registro cobre praticamente a totalidade dos óbitos.

Mais detalhes sobre a qualidade dessas informações podem ser encontrados no Capítulo 14 da Parte III.

Para identificar os principais indicadores de mortalidade específica por causas externas consulte o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Principais indicadores de mortalidade específica por causas externas e seus grupos de causas

Variável	Definição operacional	Indicador	Cálculo dos indicadores	Fonte	Unidade de análise
Óbito por violência estratificado por faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Soma para o sexo masculino e para o feminino. Causa básica CID-10 – OMS : V01–V99; X85-Y09; Y35 –Y36.	Taxa de mortalidade por suicídio, homicídio, acidente de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por tipo de violência nas faixas etárias e sexo de interesse/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.
Óbito por violência estratificado por grupos etários.	Soma por faixa etária de estudo. Causa básica CID-10 – OMS : V01–V99; X85-Y09;Y35 –Y36.	Taxa de mortalidade por suicídio, homicídio, acidente de transporte, nas faixas etárias de interesse do estudo.	(número de óbitos por tipo de violência, segundo faixa etária/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.
Óbito por violência estratificado por raça/cor.	Soma de homicídio, suicídio e acidente de transporte por raça/cor branca, preta. CID-10 – OMS : V01–V99; X85-Y 09; Y35 –Y36.	Proporção de óbitos raça/cor branca, preta por homicídio, suicídio, acidente de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por violência segundo raça/cor, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/n. total de óbitos por violência, segundo sexo e faixa etária do numerador) x 100.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por acidente de transporte (atropelamentos e outros acidentes de transporte).	Causa básica CID-10 – OMS: V01-V99.	Taxa de mortalidade por acidente de transporte nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por acidente de transporte nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por atropelamentos.	Causa básica CID-10 – OMS: V01-V09.	Taxa de mortalidade por atropelamento nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por atropelamento nas faixas etárias e sexo de interesse/ população exposta ao risco, segundo escolha do numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por outros acidentes de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID-10 – OMS: V10-V99.	Taxa de mortalidade por outros acidentes de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por outros acidentes de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.

Quadro 1 – Principais indicadores de mortalidade específica por causas externas e seus grupos de causas (cont.)

Variável	Definição operacional	Indicador	Cálculo dos indicadores	Fonte	Unidade de análise
Óbitos por homicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID-10 – OMS: X85 – Y09 e Y35 a Y36.	Taxa de mortalidade por homicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por homicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/população exposta ao risco) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por arma de fogo, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID-10 – OMS: X94 e X95.	Taxa de mortalidade por homicídio por arma de fogo, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por homicídio por arma de fogo, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por arma branca, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID-10 – OMS: X99.	Taxa de mortalidade por homicídio por arma branca, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por homicídio por arma branca, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por suicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID-10 – OMS: X60 a X84.	Taxa de mortalidade por suicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por suicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	Local de residência e ano do óbito.

Distribuição proporcional de mortalidade

A distribuição proporcional de mortalidade pode ser calculada segundo causas específicas, por sexo, por faixa de idade ou outras variáveis.

Esse cálculo representa um subconjunto (número parcial de óbitos pela variável em estudo) dividido pelo total de óbitos que constituem o conjunto.

$$\text{Distribuição Proporcional} = \frac{\text{Número parcial de casos}}{\text{Número total de casos}} \times 100$$

Exemplo 5

A mortalidade proporcional por mortes violentas em adolescentes de 10 a 19 anos de idade segundo a raça/cor branca e preta é o número de óbitos ocorridos entre adolescentes da raça/cor branca e da raça/cor preta dividido pelo número total de óbitos de adolescentes de 10 a 19 anos, multiplicado por 100, na cidade X, no período Y. Assim, o cálculo seria:

$$\text{Mortalidade proporcional por raça/cor branca} = \frac{\text{97 óbitos em adolescentes de cor branca}}{\text{Total de 747 óbitos em adolescentes}} \times 100 = 13\%$$

Ou seja, 13% dos adolescentes de cor branca e 87% dos de cor preta morreram por violência

$$\text{Mortalidade proporcional por raça/cor preta} = \frac{\text{650 óbitos em adolescentes de cor preta}}{\text{Total de 747 óbitos em adolescentes}} \times 100 = 87\%$$

Lembre-se de que a distribuição proporcional **não** mede o risco de adoecer ou morrer (como no caso dos coeficientes); ela apenas indica como se distribuem os casos entre as pessoas afetadas, por grupos etários, raça/cor, localidade e outras variáveis. O resultado é sempre expresso em porcentagem.

Agora que você já conhece os conceitos epidemiológicos básicos para descrever e analisar a mortalidade, procure aplicá-los nos exercícios a seguir.

PARA PRATICAR

Análise da distribuição da mortalidade por causas externas específicas

Analise as causas externas e as outras causas específicas apresentadas na tabela e descreva a situação da mortalidade por causas externas no município X, em 2003, seguindo as questões abaixo.

1. Identifique as causas externas específicas que apresentam maior risco de morte da população.

2. Discuta e analise com outras pessoas da sua unidade de serviço as possíveis causas de maior risco de morte por violências e acidentes em seu município.

Tabela – Distribuição da mortalidade (número, proporção e coeficiente) por causas externas específicas. Município X, 2003

Causas externas específicas	N.	%	Coef.[1]
Acidentes de transporte	33.620	26,5	19,0
Quedas	6.017	4,8	3,4
Afogamento e submersões acidentais	5.972	4,7	3,4
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	1.007	0,8	0,6
Envenenamentos, intoxicações por ou exposições a substâncias nocivas	258	0,2	0,1
Lesões autoprovocadas voluntariamente	7.861	6,2	4,4
Agressões	51.043	40,3	28,9
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	11.101	8,8	6,3
Intervenções legais e operações de guerra	491	0,4	0,3
Todas as outras causas externas	9.287	7,3	5,3
Total de causas externas	**126.657**	**100,0**	**71,6**

[1] Coeficientes por 100 mil habitantes.

Respostas:

1. As agressões são os eventos mais frequentes dentre os tipos de mortes por causas externas, com 51.043 mortes no ano estudado. Essa causa corresponde a 40,3% de todos os óbitos por causas externas do município no ano de 2003.

2. A análise dos coeficientes permite dizer que as mortes por agressão representam o maior risco de mortalidade destre as causas externas: 28,9 óbitos por 100 mil habitantes no ano de 2003.

PARA PRATICAR

Análise dos coeficientes de mortalidade por causas externas, homicídios e acidentes de transportes, segundo sexos e faixas etárias

Responda às questões, com base na Tabela apresentada a seguir, para interpretar os coeficientes por causas externas e acidentes de transporte:

1. Quais os grupos por faixa etária e sexo com maior risco de morrer por causas externas em geral, por homicídios e acidentes de transportes?

2. Qual o grupo prioritário (por causa, sexo e faixa etária) para intervenção? O que justifica essa prioridade?

Tabela – Coeficientes[1] de mortalidade por causas externas, homicídios e acidentes de transportes, segundo sexos e faixas etárias. Município X, 2003

Faixas etárias (em anos)	Causas externas			Homicídios			Acidentes de transportes		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
0 – 9	13,9	8,2	11,1	0,9	0,7	0,8	5,18	3,44	4,3
10 – 14	20,4	9,1	14,8	4,3	1,7	3,1	7,19	3,69	5,5
15 – 19	129,5	19,4	74,7	78,2	6,5	42,5	23,86	6,96	15,5
20 – 24	221,8	21,6	121,4	132,6	7,7	70,0	46,96	7,95	27,4
25 – 29	205,8	20,8	111,9	115,5	7,4	60,6	47,33	7,20	26,9
30 – 39	164,3	19,4	90,0	77,5	6,1	40,9	42,70	6,72	24,2
40 – 49	149,4	21,4	83,4	51,7	4,8	27,5	46,37	8,07	26,6
50 – 59	136,8	21,9	77,0	36,2	3,3	19,1	44,35	8,78	25,9
60 +	152,5	65,8	104,7	21,9	2,7	11,3	46,80	14,65	29,1
Total	**119,7**	**21,3**	**69,7**	**52,8**	**4,3**	**28,2**	**31,05**	**7,02**	**18,9**

[1] Coeficientes por 100 mil habitantes.

Respostas:

1. O grupo de 15 a 49 anos de idade apresenta os maiores coeficientes de mortalidade por homicídios no município X, em 2003, com destaque para os adultos jovens entre 20 e 29 anos de idade, que se revelam com maior risco de morte por essa causa (70,0 e 60,6 por 100 mil habitantes, respectivamente);

2. O risco de morte é maior entre homens do que entre mulheres, em todas as faixas etárias. Todavia, existem diferenças dependendo da idade. Nas crianças até 9 anos, há 1,3 vezes mais homens que mulheres (0,9 por 100 mil habitantes no sexo masculino e 0,7 no feminino). Essa diferença é bem menor do que a observada nas demais faixas, destacando os adultos entre 20 e 24 anos, em que a taxa masculina é 17,2 vezes maior do que a feminina (132,6 e 7,7 por 100 mil, respectivamente).

PARA PRATICAR

Análise dos coeficientes de homicídios por 100 mil habitantes, segundo sexo, idade e raça/cor

Paralelamente à idade, estudos recentes têm identificado a existência de uma dramática concentração de mortes violentas na população negra (somatório dos classificados como pretos e pardos), indicando que a distribuição desigual de riquezas e recursos sociais (educação, saúde, saneamento) entre brancos e negros, no Brasil, acaba por provocar outro tipo de desigualdade: aquela na distribuição da morte violenta. Assim, são os homens negros e, entre estes, os mais jovens, as vítimas preferenciais da violência letal. Como se sabe, "cor" no Brasil reflete as condições socioeconômicas avaliadas por escolaridade, renda e outros indicadores de acesso a benefícios sociais, estando os negros mais concentrados nos estratos inferiores da pirâmide social.

Para continuar refletindo sobre a violência em relação à raça/cor, analise a tabela apresentada logo adiante e reflita sobre as questões a seguir:

1. Em que faixa etária e raça/cor os coeficientes de homicídios são mais altos?
2. O que revelam os diferenciais por sexo e raça/cor em todas as faixas etárias?
3. Na sua cidade a Secretaria Municipal de Saúde trabalha com esses detalhamentos de idade e raça/cor?
4. Que contribuições essa análise pode acrescentar para o planejamento e vigilância à saúde?

Tabela – Coeficientes de homicídios por 100 mil habitantes, segundo sexo, idade e raça/cor – Brasil (20 Ufs), 2001

Sexo	Masculino			Feminino		
Raça	Branca	Preta	Parda	Branca	Preta	Parda
Faixa etária						
Até 9 anos	1,0	0,9	1,3	1,1	1,0	0,9
10 a 14 anos	4,2	9,7	7,7	1,7	2,3	2,7
15 a 19 anos	64,8	152,5	123,3	6,6	11,5	9,9
20 a 24 anos	102,3	218,5	185,4	6,6	13,2	10,3
25 a 29 anos	96,5	177,2	163,6	7,6	15,2	11,2
30 a 39 anos	69,8	120,5	112,5	5,9	12,1	8,4
40 a 49 anos	49,4	67,9	75,4	4,7	7,3	6,6
50 a 59 anos	35,0	42,3	46,3	3,9	3,8	2,9
60 anos ou mais	22,9	16,5	25,7	4,7	3,2	4,0

Fonte: Cano (2004), com base em dados do SIM/Datasus/Ministério da Saúde.

Respostas:

1. Os homens na faixa etária de 15 a 39 anos constituem o grupo mais atingido por homicídio no município X, em 2003; em relação à cor da pele, os coeficientes de mortalidade por homicídios são bem mais levados entre as pessoas de cor preta e parda, na faixa etária dos 15 aos 39 anos.

2. No grupo de mulheres entre 15 e 39 anos também se observam os maiores coeficientes, mas a realidade dos homicídios nesse grupo é bem menos intensa. Por exemplo: a faixa mais atingida entre as mulheres (25 a 29 anos) apresenta taxas que oscilam entre 7,6 por 100 mil entre brancas e 15,2 entre pessoas com cor de pele preta. Entre os homens de 25 a 29 anos, os coeficientes variam entre 96,5 para os brancos e 177,2 para os jovens de cor preta e parda, por 100 mil habitantes.

Indicadores de morbidade

Outra forma de caracterizar epidemiologicamente a violência é a partir dos dados de morbidade, ou seja, de lesões, ferimentos e danos não letais provocados por acidentes e violências, também definidos no Capítulo 1 como violências físicas, sexuais, psicológicas e negligências.

A morbidade é frequentemente estudada segundo alguns indicadores básicos: a incidência e a prevalência.

Incidência

A medida da incidência traz a ideia da intensidade com que uma doença acontece numa população e mede a frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos da doença na população. Alta incidência significa alto risco coletivo de adoecer.

A Incidência Cumulativa (IC) é a proporção de pessoas que se tornam doentes durante um período específico de tempo.

$$\text{Coeficiente de Incidência} = \frac{\text{Número de casos novos de uma doença, em um dado local e período}}{\text{População do mesmo local e período}} \times 10^n$$

Exemplo 6

A incidência de abuso sexual entre mulheres de um determinado município é o número de casos novos de mulheres vítimas de abuso sexual registrado em um determinado município, em dado período. Assim, o cálculo da incidência seria:

Ou seja, ocorreram 1,2 casos novos de abuso sexual em cada 1.000 mulheres

$$\text{Índice de abuso sexual de mulheres} = \frac{\text{240 casos novos}}{\text{200.000 mulheres residentes}} \times 1.000 = \text{1,2 casos/1.000 mulheres}$$

Para refletir

Historicamente as mulheres têm sido as maiores vítimas de violência sexual. A cada ano surgem casos novos, caracterizando uma incidência crescente. Com base nesse indicador, como você situa a violência sexual no seu município?

Prevalência

Prevalência é o número total de casos (novos e antigos) de uma doença existentes em um determinado local e período.

O verbo prevalecer significa ser mais, ter mais valor, preponderar, predominar. A prevalência indica a qualidade daquilo que predomina. Portanto, prevalência implica acontecer e permanecer existindo num momento considerado.

O coeficiente de prevalência é mais utilizado para doenças crônicas e de longa duração. Casos prevalentes são os que estão sendo tratados (casos antigos), mais aqueles que foram descobertos ou diagnosticados (casos novos).

Portanto, em relação às causas externas, a morbidade se refere às lesões e aos ferimentos provocados pelos acidentes e violências ocorridos pela primeira vez, mais aqueles já existentes em um determinado período de tempo.

Nesse sentido, a prevalência de tentativas de suicídio se constituiria dos casos de tentativas pela primeira vez, mais os casos reincidentes em um determinado período, em um dado município. Do mesmo modo, os casos de abuso físico, psicológico e sexual que têm início em determinado momento e permanecem ocorrendo durante certo período.

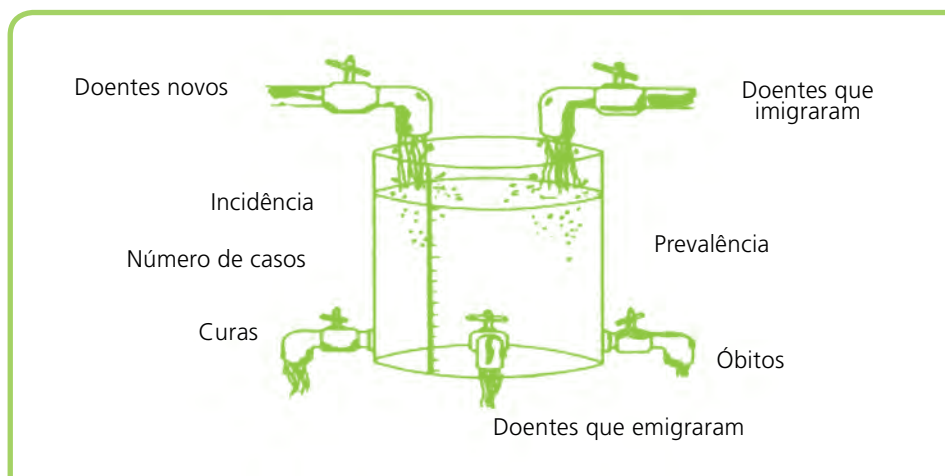
Ou seja, há 15,2 casos de abuso sexual em cada 1.000

$$\text{Prevalência de abuso sexual de mulheres} = \frac{\text{240 casos novos + 2800 casos antigos}}{\text{200.000 mulheres residentes}} \times 1.000 = \text{15,2 casos/1.000 mulheres}$$

Para os acidentes e violências, a morbidade costuma ser registrada no Sistema de Informação Hospitalar por meio do diagnóstico primário (que designa a natureza da lesão: fratura, traumatismo etc.) e por meio do diagnóstico secundário (a causa externa que provocou a lesão ou o ferimento: queda, acidente de trânsito, agressão etc.).

Para mais detalhes sobre esse sistema de informação, consulte o Capítulo 15 da Parte III.

A prevalência, como ideia de acúmulo, de estoque, indica a força com que subsiste a doença na população (Figura 1).

Figura 1 – Eventos que influenciam a prevalência de doenças em comunidades abertas

Fonte: Adaptado de Rouquayral e Kerr-Pontes (1993).

PARA PRATICAR

Distribuição das internações por causas específicas e externas

Para exercitar a reflexão sobre o uso dos indicadores de morbidade, considere as informações que seguem e as tabelas "Distribuição das internações por causas específicas de lesões e envenenamentos. Município X, 2003" e "Distribuição proporcional das causas externas que motivaram as internações por lesões e envenenamentos, segundo faixas etárias. Município X, 2003". Com base nessas informações, sitematize suas ideias sobre as seguintes questões:

1. Qual a causa específica de lesões e envenenamentos que mais atingiu a população do município X, em 2003?

2. Como se comportam, por faixa etária, as diferentes causas específicas de lesões e envenenamentos?

Tabela – Distribuição das internações por causas específicas de lesões e envenenamentos. Município X, 2003

Causas específicas	N	%	Taxa*
Traumatismos	525.027	83,2	3,0
Intoxicação por substâncias não-medicinais	29.826	4,7	0,2
Queimaduras	27.848	4,4	0,2
Outras complicações de cuidados médicos	23.154	3,7	0,1
Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	9.718	1,5	0,1
Demais causas	15.404	2,3	0,1
Total	630.977	100,0	3,7

*Taxa por 1.000 habitantes

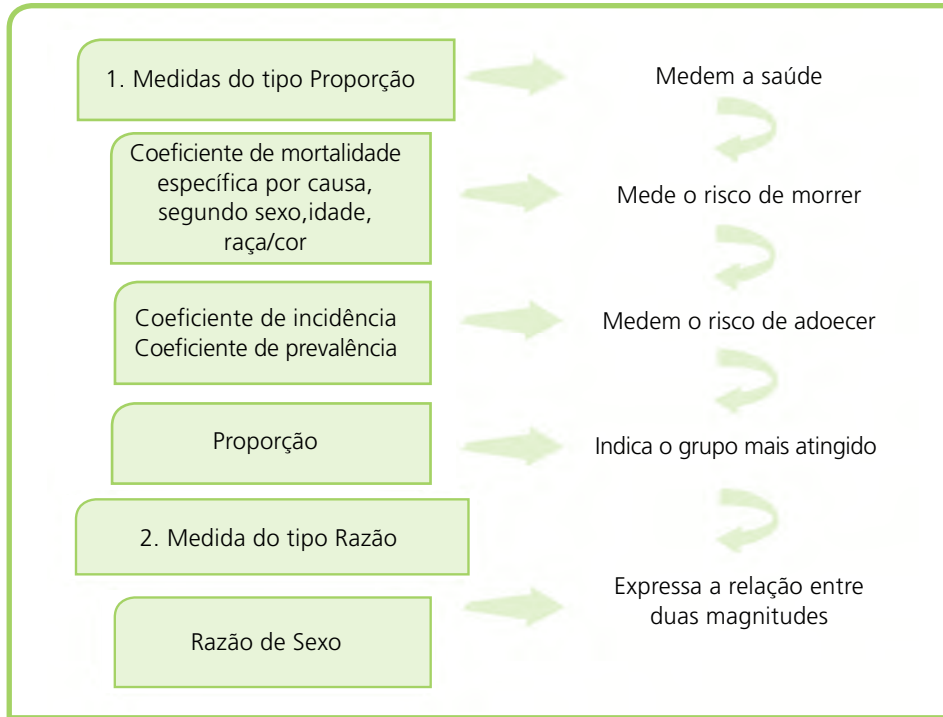
Tabela – Distribuição proporcional das causas externas que motivaram as internações por lesões e envenenamentos, segundo faixas etárias. Município X, 2003

Motivo	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais	Total
Quedas acidentais	47,4	43,2	34,4	38,1	41,6	46,2	56,4	43,1
Acidentes de transporte	13,5	19,1	23,1	20,4	18,6	16,7	13,1	18,2
Outros acidentes	11,7	13,4	14,7	13,9	12,8	12,2	10,2	12,9
Fatores naturais e ambientais	5,9	6,2	5,2	5,4	5,4	5,5	4,5	5,4
Homicídios	1,8	5,7	9,4	7,3	5,5	3,7	1,9	5,4
Lesões ignoradas	4,0	3,7	3,7	3,9	3,9	3,7	3,2	3,7
Fogo e chamas	8,9	2,7	2,5	2,7	2,8	2,3	1,7	3,4
Cuidados médicos	1,5	1,7	2,3	2,7	3,5	4,3	4,9	2,8
Suicídios	0,7	1,5	1,8	2,1	2,0	1,5	0,8	1,5
Demais causas	4,4	2,8	3,0	3,6	3,9	3,8	3,4	3,5
Total	94.290	107.370	125.072	98.167	71.833	47.903	84.341	628.976

Respostas:

1. As internações de idosos por traumatismos em 2003, no município X, foram responsáveis pela maioria das 630.977 internações por lesões e envenenamentos nesse município (83,2%). Elas correspondem a um coeficiente de prevalência de 3,0 internações por cada 1.000 habitantes, o maior dentre todas as demais causas específicas; analisando-se as 628.976 internações por causas externas que motivaram todas as lesões e os envenenamentos, vemos que as quedas acidentais (43,1%), os acidentes de transporte (18,2%) e outros acidentes (12,9%) respondem, proporcionalmente, pela maior parte das internações.
2. Observando-se a distribuição proporcional por faixa etária dos idosos, como exemplo, temos que dos 84.341 idosos do município que foram internados por lesões e envenenamentos em 2003, 56,4% sofreram quedas acidentais, 13,1%, acidentes de transporte e 10,2%, outros tipos de acidentes.

A sinopse a seguir (Figura 2) detalha os principais indicadores epidemiológicos que poderão ser usados diante da realidade de cada município.

Figura 2 – Indicadores epidemiológicos

Referências

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Indicadores epidemiológicos. In: ALMEIDA FILHO, N. *Introdução à epidemiologia*. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 127-168.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 71-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Análise de situação em saúde*. Brasília, 2005.

CANO, Ignacio et al. *Cor e vitimização por homicídios no Brasil*. [S.l.: s.n.], 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Medidas em saúde coletiva e introdução à epidemiologia descritiva. In: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Curso básico de vigilância epidemiológica*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, abr. 2001.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. D. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 955-1003, 2004.

MELLO-JORGE, M. H. P. *O impacto da violência nos serviços de saúde*. São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública, 1989. Mimeografado.

MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUIL, P. L.; COSTA, M. P. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. *Informe Epidemiológico do SUS*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 273-284, 2000.

MINAYO, M. C. S. et al. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 109-129.

MONTENEGRO, B.; TAVARES, M. *Prevenção do suicídio*: o reconhecimento de riscos.[S.l.: s.n., 2006].

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia*: teoria e prática. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RODRIGUES, E. M. S. *Lesões causadas no trânsito*: importante problema de saúde pública. [S.l.: s.n., 2000].

ROUQUAYRAL, M.Z.; KERR-PONTES, L.R. A medida de sáude coletiva. In Rouquayral, M. Z. *Epidemologia e Saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro, 1993. p.42.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 59-70, 2005

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 363-373, abr./jun. 2006.

II Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

Ilustração: Edvaldo Jacinto Correia (2007).

6. Crianças e adolescentes em situação de violência

Ana Lúcia Ferreira, Ana Tereza Miranda Soares de Moura,
Rosana Morgado, Simone Gryner e Viviane Manso Castello Branco

Este capítulo apresenta os diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes e pretende estimular a reflexão sobre as possibilidades de atuação do setor saúde. São apresentados cinco casos baseados em histórias e em experiências de profissionais da saúde em relação à violência contra crianças e adolescentes.

Os cinco casos têm como referencial o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal n. 8.069/90 que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal, introduzindo a Doutrina da Proteção Integral, que assegura a todas as crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano, o exercício pleno da cidadania.

A **Doutrina da Proteção Integral** é decorrente da Declaração Universal dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1959, que inaugura uma nova forma de pensar a criança e o adolescente, dando-lhes um tratamento diferenciado e prioritário por serem seres humanos em desenvolvimento. O "menor" deixa de ser objeto de direitos e transforma-se em sujeito de direitos, tendo acesso irrestrito e privilegiado à justiça. A proteção deixa de ser obrigação exclusiva da família, e o Estado e a sociedade passam a ser igualmente responsáveis pela tutela dos direitos da criança e do adolescente (ROCHA; PEREIRA, 2003).

Leia um pouco mais sobre o ECA no Capítulo "Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral", de Saulo de Castro Bezerra, no livro *Violência faz mal à saúde* (LIMA, 2004).

O ECA, no seu artigo 2º, considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos; e adolescente, a pessoa com idade entre 12 e 18 anos.

A poesia completa de Galeano você pode encontrar no endereço www.antigreja.hpg.ig.com.br/culturadoterror.htm.

A CULTURA DO TERROR

Eduardo Galeano

a extorsão,
o insulto,
a ameaça,
o cascudo,
a bofetada,
a surra,
o açoite, ...

A partir da discussão sobre os aspectos mais significativos de cada caso e os desafios para o enfrentamento das situações, propõe-se que o leitor construa, em parceria com os profissionais de seu serviço, a conduta mais adequada em relação aos casos.

Leia mais sobre o assunto no Capítulo "Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde", de Sanchez e Minayo, no livro *Violência faz mal à saúde* (LIMA, 2004).

Vale ressaltar que a abordagem da violência contra a criança e o adolescente é uma tarefa desafiante. Não há um consenso em relação à maneira de abordar essa questão e cada caso requer uma avaliação específica e abrangente.

A criança e o adolescente pertencem a grupos etários especialmente vulneráveis aos desfechos negativos decorrentes da violência. Um olhar mais atento e ampliado dos profissionais que lidam com esses grupos etários poderá aumentar as chances de detecção de situações de risco, minimizando as consequências da violência.

Acesse o texto completo de "Os ninguéns", de Eduardo Galeano, no site: www.sociologos.org.br/textos/outros ninguens.htm.

OS NINGUÉNS

Eduardo Galeano

As pulgas sonham com comprar um cão, e os ninguéns com deixar pobreza, que em algum dia mágico a sorte chova de repente, que chova a boa sorte a cântaros; mas a boa sorte não chove ontem, nem hoje, nem amanhã, nem nunca...

As marcas deixadas pela violência dependem da idade da criança ou do adolescente, da frequência com que ocorre, do tipo de abuso, da relação de proximidade que o indivíduo tem com o autor da agressão e das consequências dessa situação na vida.

Este capítulo trata do papel do profissional da saúde, principalmente em relação ao acolhimento, à escuta, ao atendimento e encaminhamento dos casos. O profissional, no entanto, deve pensar na promoção da saúde e na prevenção da violência.

CASO **MARCELA**

Marcela tem 10 anos e chegou ao posto de saúde acompanhada por sua avó materna, que disse estar preocupada com as pequenas feridas nas pernas da neta, relatando que não era a primeira vez que notava esse problema. A médica que atendeu Marcela imediatamente suspeitou de impetigo (infecção bacteriana na pele). Durante a consulta, Marcela se mostrou retraída e por vezes arredia, tanto para responder às perguntas, como no próprio exame clínico, tentando evitar ao máximo o contato físico. A auxiliar de enfermagem percebeu outras marcas no corpo de Marcela quando foi aplicar a medicação prescrita e suspeitou da origem das lesões. Com discrição, mostrou-as à médica, alertando para a possibilidade de as lesões terem sido decorrentes de queimadura. A avó estava ansiosa para que a consulta terminasse logo e sempre respondia por Marcela às perguntas que lhe eram feitas. Ao fim da consulta, a médica apresentou o diagnóstico de impetigo, receitou os remédios adequados para o tratamento e marcou o retorno de Marcela para a semana seguinte.

Para refletir

Como você avalia a atitude da médica?

Com que outros profissionais a médica poderia contar para debater o caso atendido? Justifique.

O que você pensa sobre o comportamento da avó durante a consulta?

Que procedimentos a médica poderia utilizar para deixar Marcela mais confortável?

Que outros encaminhamentos a médica poderia realizar?

Você acha que ocorreu nesse caso algum tipo de violência?

Para aprofundar seus conhecimentos, leia os textos e acesse os sites indicados:

- Prevenção da violência doméstica junto às famílias
  - Livro *Violência faz mal à saúde*, coordenado por Cláudia Araújo de Lima e publicado pelo Ministério da Saúde (2004).
- Proteção de nossas crianças e adolescentes
  - Cartilha *Cuidar sem violência*, disponível para download em www.promundo.org.br/Downloads/PDF/CuidarsemViolencia.pdf
  - www.promundo.org.br
- Paternidade
  - www.papai.org.br – Instituto Papai
  - www.saude.rio.rj.gov.br – Movimento pela Valorização da Paternidade
- Instituições que trabalham com o tema da proteção na infância e adolescência
  - www.sbp.com.br – Sociedade Brasileira de Pediatria
  - www.soperj.com.br – Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro
  - www.unicef.org.br – Unicef
- Profissionais da saúde e o atendimento à violência doméstica
  - Livro *A violência começa quando a palavra perde o valor*, coordenado por Flavia Franco, Paula Mancini C. M. Ribeiro e Simone Gryner (2004).

Frequentemente, quando as crianças vítimas de violência doméstica são levadas aos serviços de saúde, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato.

A implantação de um novo modelo para a assistência social, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), prevê a estruturação de uma rede de proteção social em seu nível especial, que atua contra a violação de direitos.

Texto para reflexão sobre o caso *Marcela*

"É de pequenino que se torce o pepino", "palmada de amor não dói", "pé de galinha não mata pinto" são ditos populares que evidenciam o grau de legitimação social ainda conferido à prática, chamada por vezes de educativa, de abusar fisicamente de nossas crianças e jovens. De fato, entende-se que há permissão social para o comportamento violento. Mais que isso, há o incentivo para que a violência contra a infância se perpetue, já que os programas públicos de prevenção e atendimento são insuficientes; faltam programas de qualificação profissional para identificação do crime; falta estímulo ao cumprimento da lei que obriga a notificação; e o relato da vítima é frequentemente tratado com descrédito.

A violência doméstica manifesta-se no âmbito das relações familiares, o que coloca em xeque valores secularmente construídos em torno do significado dessa instituição social. A existência de um modelo ideal de referência – pai, mãe e filhos – nos papéis de provedores, cuidadores e protegidos, oferece um quadro de naturalização da concepção e das relações existentes na família. Nessa direção, um caminho fecundo para a compreensão do fenômeno assenta-se na perspectiva de dessacralizar a instituição família e desnaturalizar as ações de violência, pressupostos ainda não enfrentados. Como profissionais que atuam nessa área, continuamos a reproduzir as máximas naturalizantes do papel da família e de como os seus membros estariam imunes a um processo de socialização em si violento.

É nessa ótica que se inscreve a necessidade de compreendermos o fenômeno da violência doméstica. Ao culpabilizar ou patologizar a família, estamos reduzindo um problema de ordem pública à esfera do individual, negando o quanto os sujeitos se constituem e são constituídos nas e pelas relações sociais. Diversos são os fatores que desencadeiam a violência doméstica: um deles é o abuso do mais forte sobre o mais fraco.

Nesse sentido, transcender a culpabilização de indivíduos identificados/tratados como "doentes" ou "anormais" evidencia-se como um dos caminhos para que o Estado seja compelido a assumir suas responsabilidades. A patologização dos fenômenos concorre para sua manutenção e inviabiliza proposições de ordem pública.

Percebe-se, ainda hoje, que as práticas educativas na sociedade contemporânea não deixaram de incorporar castigos e punições físicas, evidenciando que as relações familiares comportam expressões contínuas e sistemáticas de violência.

Enquanto a violência continuar a figurar como forma de socialização e for aceita como disciplina, onde só seus excessos começam a chamar a atenção, e ainda, atribuída a pessoas com "doenças", o Estado e a sociedade em geral continuarão a partilhar o pacto do silêncio sobre a violência doméstica contra a infância, atribuindo à família, caracterizada como disfuncional, desestruturada ou patológica, a responsabilidade exclusiva pela reprodução da violência.

A violência doméstica, como fenômeno social complexo, demanda uma intervenção com base na perspectiva interdisciplinar.

O trabalho interdisciplinar e interinstitucional deve se pautar em uma concepção clara sobre o significado de proteção social, na busca de superação da fragmentação das políticas sociais. Ele deve visar à construção de uma rede de proteção que otimize o oferecimento de serviços e favoreça a qualificação e a ampliação do atendimento. Podem assim ser destacados quatro campos fundamentais nesse processo de articulação: a saúde, a educação, a assistência e o jurídico.

Proteção social são formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros.

O Conselho Tutelar (CT) é um dos mais criativos e importantes instrumentos de atuação e afirmação dos direitos da criança e do adolescente. Seu campo de atuação demanda uma interlocução constante com outros setores da sociedade que lidam com crianças e adolescentes. O trabalho conjunto constitui-se num dos principais desafios a ser enfrentado por este órgão. O ECA, no artigo 131, o define como um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Você pode ler mais sobre Conselho Tutelar. O ECA é uma importante fonte de informação e de consulta. Também busque saber mais no site: http://www.portaldoconselhotutelar.com.br

A assistência social vive hoje um momento propício para o fortalecimento de ações integradas. O Sistema Único de Assistência Social prevê, no seu nível de proteção especial, a atuação diante da violação de direitos através dos Centros de Referência Especializada de Assistência Social (Creas), enfatizando a necessidade do fortalecimento da rede de proteção social em âmbito regional. No que se refere à temática da violência doméstica, destaca-se como diretriz o aprofundamento da articulação com os Conselhos dos Direitos e os Conselhos Tutelares.

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Seguridade Social, segundo a Constituição de 1988, artigo 194, é um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Preconizava-se um orçamento único e com diversas fontes de financiamento para os componentes da saúde, assistência e previdência social. No entanto, hoje nota-se que "é crescente a cisão entre dispositivos ainda em vigor da Constituição Brasileira, a construção da Seguridade Social, onde previdência, saúde e assistência social constituem braços integrados e articulados de uma política social abrangente" (NORONHA e SOARES, 2001).

Se você quiser aprofundar as questões referentes a proteção social e assistência social, vá aos sites:

- www.mds.gov.br
- www.assistenciasocial.rj.gov.br

Para saber mais sobre as ações do setor público e sobre o trabalho em rede, consulte:

- *Ações de prevenção dos acidentes e violência em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil*, de Augediva Maria Jucá Pordeus, Maria de Nazaré de Oliveira Fraga e Thaís de Paula Pessoa Facó (2003).
- *Famílias: parceiras ou usuários eventuais?*, coordenado por Suely Ferreira Deslandes, Simone Gonçalves Assis e Helena O. Silva (2004).

CASO **VALÉRIA**

Valéria tem dois anos e esteve internada na enfermaria de pediatria por cerca de 45 dias, para tratamento de queimaduras na face, no tronco e no membro superior direito. Na ocasião, seu irmão de sete anos estava sozinho em casa com ela e, ao acender o fogão para esquentar a comida, o barraco pegou fogo. Após a alta, ocorrida há quatro meses, Valéria já foi internada por mais duas vezes, com quadro de asma e pneumonia. Hoje, Valéria foi trazida à consulta porque não está se alimentando adequadamente e sua mãe observou que ela vem comendo terra. Está desnutrida e com escabiose (doença de pele contagiosa – sarna). Seu cartão de vacinas apresenta-se desatualizado.

Para refletir

Que parcerias seriam necessárias para a melhor condução do caso?

Qual a melhor abordagem que a equipe de saúde poderia adotar para alcançar um desfecho positivo para o caso?

Que cuidados devem ser tomados em relação à notificação compulsória do caso?

Para ampliar seus conhecimentos sobre alguns temas, leia:

- Sobre notificação
A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde, de Hebe Signorini Gonçalves e Ana Lúcia Ferreira (2002).
- Sobre trabalho em rede
Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica, de Hebe Signorini Gonçalves, Ana L. Ferreira e Mario J.V. Marques (1999).
- Sobre detecção de casos por profissionais da saúde
Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? – a experiência de um serviço público no Rio de Janeiro, de Anna Tereza M. S. de Moura e Michael E. Reichenheim (2005).

Texto para reflexão sobre o caso *Valéria*

Segundo o Ministério da Saúde, a violência contra a criança e o adolescente é um evento de notificação compulsória em todos os serviços de saúde da rede SUS. Os objetivos principais da notificação seriam garantir a abordagem dos casos nessas unidades de saúde, encaminhá-los aos CT e desenvolver parcerias entre as instituições envolvidas em cada situação detectada. Outros dois objetivos da notificação igualmente importantes seriam: a viabilização de um sistema de registro com informações mais fidedignas sobre a ocorrência do evento nos serviços e a possibilidade de monitoramento do atendimento destinado às vítimas e suas famílias.

Para realizar a notificação das situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos, os profissionais dispõem de uma ficha de notificação compulsória, que possui um fluxo já estabelecido. A elaboração dessa ficha foi um processo lento e cuidadoso, representando um importante marco ao incorporar um instrumento oficial à abordagem das situações de maus-tratos. Dessa forma, a notificação envolve, além do direcionamento

aos Conselhos Tutelares, um encaminhamento às Secretarias de Saúde locais. Também está previsto que uma cópia da ficha fique arquivada na unidade que deu origem à notificação.

Conforme disposto pelo Ministério da Saúde, o encaminhamento aos Conselhos Tutelares tem o objetivo de ampliar a rede de apoio oferecida às vítimas e suas famílias. Mesmo que as avaliações realizadas no âmbito da saúde sejam adequadas, outros desdobramentos se fazem necessários para que as vítimas possam receber a atenção devida.

A **negligência** é o tipo mais frequentemente identificado de maus-tratos contra a criança e está associada a elevados índices de **morbimortalidade**. Lembre-se de que a discussão sobre morbimortalidade é abordada no Capítulo 5 deste livro.

Considerada por alguns autores como o tipo mais grave de violência, a negligência é capaz de interferir de forma devastadora nos parâmetros que integram o conceito amplo de saúde infantil. Trata-se de uma modalidade de difícil definição por envolver aspectos sociais e culturais, regionais e situacionais, que interferem no que pode ou não ser considerado negligência. Abarca uma enorme variedade de condições, que vão desde a oferta inadequada de alimentos até a falta de carinho. Os atos envolvendo esse tipo de violência caracterizam-se por negação, abandono, ausência e omissão, inexistindo vontade ou possibilidade de cuidar da criança.

Na literatura, observam-se algumas tentativas de inibir as várias modalidades de negligência em dois subtipos: psicológico e físico. No primeiro tipo estariam contempladas as formas de negligência que abrangem as ausências de cuidado, suporte, reforço positivo, além da limitação de oportunidades e estímulos para o desenvolvimento da criança. A negligência física seria caracterizada pela falta de moradia adequada, de segurança, limpeza, e pelo aporte inadequado de alimentos e vestimentas. Por fim, alguns autores sugerem outra modalidade, na qual as necessidades cognitivas da criança não seriam supridas adequadamente devido à ausência de oportunidades no âmbito da educação. Essa é classificada como negligência educacional.

Uma questão a ser considerada é: quem seria o responsável por prover os cuidados necessários ao bem-estar da criança? Essa pergunta acaba por ampliar os possíveis perpetradores dessa modalidade de violência, já

Para aprofundar as questões relativas à notificação compulsória leia os seguintes textos, que podem ser acessados nos sites indicados:

- *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto*, de Ana Lúcia Donda Pires (2005), www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa24_maus.htm
- *Notificação dos maus-tratos*: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes, de Viviane Manso Castello Branco (2006), www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?infoid=3247&editionsectionid=255

que frequentemente existem múltiplos atores envolvidos nos cuidados com a criança. A incapacidade dos membros de uma família ou comunidade em desenvolver relações positivas, vínculos e cuidados pode levar a importantes alterações no desenvolvimento emocional da criança.

Existem algumas dificuldades em abordar casos de negligência que estão relacionadas à avaliação dos aspectos sociais e econômicos da família. É importante analisar os recursos que cada família possui para prover as necessidades de suas crianças. Essa forma de abordar não se refere apenas aos aspectos financeiros da família, mas também às suas condições emocionais para criar vínculos entre seus membros. A precária inserção na sociedade, vizinhanças violentas e a baixa auto-estima dos pais ou responsáveis são apenas algumas das dificuldades ou dos fatores que podem contribuir para o pouco cuidado.

Vale ressaltar que situações críticas, em que exista risco à vida, devem ser prontamente referidas ou encaminhadas. Nessas ocasiões, a internação hospitalar pode ser indicada por constituir o único local seguro para a criança, até que se resolvam as questões mais graves referentes ao cuidado da mesma.

A negligência é o tipo de mau-trato mais frequentemente notificado pelos profissionais da saúde.

Existem muitas dificuldades na abordagem de casos de negligência em unidades de saúde, diante da diversidade de recursos necessários à condução dos casos.

Em situações suspeitas ou confirmadas de negligência, cabe à equipe de saúde ampliar e humanizar seu olhar diante do problema. Mais ainda: aspectos culturais e sociais devem ser respeitados, evitando-se julgamentos preconceituosos. Frequentemente as equipes se deparam com situações em que são necessários recursos para além do âmbito da saúde, em que o trabalho em rede e em parceria torna-se fundamental para o controle das situações identificadas. Assim como outras formas de maus-tratos, a negligência tem muitas raízes. Necessita de profunda avaliação quanto a sua gravidade, cronicidade e frequência.

Para refletir

Na ausência de cuidados adequados dos familiares ou cuidadores, quem é o responsável por assegurar os direitos da criança?

Como identificar se estamos diante de um caso de negligência ou carência socioeconômica e cultural?

Como na maioria das vezes é a mãe que leva a criança à consulta, ela frequentemente é reconhecida como autora do ato de negligência identificado (a “agressora”). Qual o sentimento da equipe de saúde diante dessa maior “culpabilização” da mãe diante de tais situações?

CASO **RAFAEL E LEANDRO**

Rafael tem seis anos de idade. Ao voltar para casa com a mãe, após uma festa na casa de vizinhos, caminhava com dificuldade. Rafael dizia que estava "com dor no bumbum". A mãe resolveu olhar o local da dor e verificou que a região em torno do ânus estava vermelha. Havia raias de sangue na cueca da criança. Ela levou Rafael ao serviço de saúde, onde a criança foi entrevistada e contou que um vizinho, Leandro, de 15 anos, havia tentado fazer sexo anal com ele. O médico verificou que havia fissura anal recente.

Para refletir

Esse tipo de contato ocorrido entre uma criança e um adolescente se configura como abuso sexual ou podemos considerar que houve apenas um jogo sexual entre eles?

A conduta do profissional da saúde, perguntando à própria criança o que aconteceu, é sempre indicada?

Como deve ser conduzido esse caso, em relação à criança e ao adolescente?

Texto para reflexão sobre o caso *Rafael e Leandro*

O abuso sexual tem sido mais frequentemente identificado em meninas, embora cada vez mais seja notificado esse tipo de violência em meninos. Se, por um lado, as vítimas do sexo masculino não revelam suas experiências (por negarem que elas tenham sido abusivas, por vergonha ou por medo das consequências negativas), por outro, os profissionais da saúde identificam menos o abuso sexual em homens, apesar de os efeitos se mostrarem semelhantes em ambos os sexos.

É comum, na prática, surgir dúvida se a atividade na qual se envolveram duas crianças ou adolescentes, ou uma criança e um adolescente, significa experimentação ou abuso. Considera-se como contatos aceitáveis entre pré-púberes ou adolescentes jovens aqueles praticados por crianças da mesma idade mutuamente iniciadas, sejam limitados no tempo, envolvam apenas toques ou exibicionismo, estejam de acordo com o nível de desenvolvimento dos afetados e nos quais não haja coerção.

A entrevista é uma oportunidade não apenas de obter dados para orientar o exame físico, os exames complementares e outras medidas gerais,

como também de estabelecer relação com os responsáveis e a criança. Toda a literatura é unânime em relação à importância da entrevista (anamnese), por ser ela, na maioria das vezes, o único dado positivo sobre a ocorrência do abuso sexual. Acrescenta-se a isso o fato de os dados colhidos por meio de uma entrevista profissional serem considerados, no processo legal, de maior peso que os relatos de familiares, por exemplo.

Propõe-se que o profissional prepare a família e a criança no início do atendimento, advertindo que a entrevista será em conjunto inicialmente e, em seguida, cada qual será atendido separadamente. Assim, sempre que o profissional perceber qualquer situação da qual a criança precise ser protegida, a sugestão de seu afastamento do ambiente transcorrerá de forma mais fácil e natural.

A entrevista da vítima é importante para esclarecimento do abuso sexual e deve ser realizada caso o profissional considere que a criança está apta para o procedimento (inclusive emocionalmente). Antes de proceder à entrevista com a criança, deve-se conhecê-la, verificar seu nível de desenvolvimento cognitivo e identificar os nomes pelos quais conhece as partes de seu corpo. As perguntas devem ser abertas e tentar esclarecer as experiências vivenciadas de forma apropriada ao seu nível de desenvolvimento, evitando acusações a qualquer pessoa em particular.

ALGUNS TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

- Abuso sexual doméstico ou intrafamiliar incestuoso

Quando existe um laço familiar ou de responsabilidade entre a vítima e o agressor.

- Abuso sexual extrafamiliar

Geralmente o abusador é alguém em quem a vítima confia como: educadores, médicos, colegas, vizinhos, psicólogos. Há também casos de abusos por desconhecidos.

- Abuso sexual sem contato físico

Assédio, ameaças e chantagens, conversas abertas, exibicionismo, voyeurismo, pornografia.

- Abuso sexual com contato físico

Carícias nos genitais, tentativas de relação sexual, sexo oral, penetração vaginal e anal.

- Pedofilia

Atração erótica por crianças, podendo o pedófilo se satisfazer com fotos, fantasias ou com o ato sexual.

- Exploração sexual comercial ou prostituição

Relação sexual em troca de favores e dinheiro.

- Pornografia

Uso e exposição de imagens eróticas, partes do corpo ou práticas sexuais entre adultos e crianças, com outros adultos ou com animais, em revistas, livros, filmes, internet. Esse crime diz respeito a quem fotografa e a quem mostra as imagens.

- Turismo sexual

Caracterizado por excursões com fins velados ou explícitos de propiciar prazer e sexo a turistas.

- Tráfico para fins de exploração sexual

Envolve sedução, aliciamento, rapto, intercâmbio, transferência, hospedagem para posterior atuação das vítimas.

Cerca de 20% dos casos de abuso sexual de crianças são praticados por adolescentes. O abuso sexual praticado por esses jovens pode representar uma expressão de agressividade, apontando para a necessidade de intervenção que identifique possíveis fatores que os levaram a condutas desse tipo. É comum, no entanto, que os pais do adolescente que cometeu o abuso tentem poupá-lo de responder por seus atos. Cabe ao profissional, então, conscientizá-los sobre a importância da responsabilização e do tratamento para que o adolescente, uma pessoa ainda em formação, tenha a possibilidade de aprender a assumir responsabilidades e de reverter atitudes danosas à saúde e à vida.

- Na maioria das vezes as crianças não estão mentindo quando relatam participação em práticas sexuais.
- Ações precipitadas por parte dos profissionais podem prejudicar todo o processo de esclarecimento e a condução das situações de abuso sexual.

A abordagem terapêutica do abuso sexual contra a criança, em suas várias formas, é principalmente baseada na tentativa de combinar cuidados e

proteção para a vítima com o tratamento para todo o grupo familiar no qual ocorreu o abuso.

Se você quiser aprofundar as questões relativas a abuso sexual, consulte:

- *Normas para prevenção e tratamento de violência sexual de mulheres e adolescentes*, do Ministério da Saúde (2005).

CASO **FRANCILEIDE**

Francileide é uma adolescente de 15 anos que foi abusada sexualmente desde os nove, pelo pai. Algumas vezes, ela tentou falar com sua mãe, que não conseguia escutá-la e desconversava quando ela mencionava o assunto. Francileide foi encaminhada para tratamento psicoterapêutico por sua professora, que percebeu mudanças extremas em seu comportamento: falta de interesse e queda nas atividades escolares, retraimento e agressividade nos contatos com os colegas de classe.

Francileide só estabeleceu uma relação de confiança com o terapeuta depois de vários meses. Quando isso aconteceu, começou a falar dos seus sentimentos e dos comportamentos ambíguos que viveu. Em alguns momentos, falava com horror das situações de contato sexual com seu pai. Dos sentimentos de angústia e impotência, principalmente nas ocasiões em que pensava pedir ajuda, uma vez que a pessoa que mais a ajudava nas situações difíceis, a pessoa a quem normalmente ela recorria para ajudá-la, era o próprio pai. "Eu olhava pra ele e via que aquele a quem eu queria pedir ajuda era a pessoa que estava fazendo aquilo comigo", dizia. Em outros momentos, dizia que muitas vezes, sem saber bem por que, era ela que se aproximava do pai, que se sentia a "escolhida", a "preferida" e que chegava a colocar uma camisola provocante para chamar sua atenção. Mostrava ter muita vergonha dessa sua atitude e, no fundo, não entendia o que sentia.

Francileide falou inúmeras vezes de como desejava e, ao mesmo tempo, temia que essa situação fosse descoberta.

Para refletir

Quais os sentimentos da equipe após escutar o caso?

O fato de Francileide dizer que em alguns momentos provocava o contato com o pai traz que tipos de mudanças na forma de ver o caso?

Como deve ser a abordagem com Francileide? E com sua mãe? E com seu pai?

As instâncias da justiça, da saúde e da assistência devem estar presentes nesse caso? Para quem encaminhar e em qual momento?

Texto para reflexão sobre o caso *Francileide*

A violência sexual doméstica acontece de forma mais frequente dentro da própria família e raramente se manifesta num episódio isolado, único. Faz diferença tanto para a criança quanto para a família, a violência ter sido realizada por alguém a quem se atribuía certo tipo de confiança. Na maior parte das vezes o autor é o próprio pai ou alguém que ocupa o lugar de uma referência paterna.

Frequentemente, a violência é somente uma das diversas formas de relação entre essas pessoas, o que significa que estão intensamente presentes sentimentos contraditórios de amor e ódio, respeito e desprezo, confiança e medo.

Faz diferença se a criança ou o adolescente viveram um ato isolado ou uma situação continuada, se o autor era alguém de referência deles ou não. Os cuidados que se seguiram após a revelação (se acreditaram, se protegeram, se desconsideraram) também influenciam, retroativamente, o que foi vivido na época do abuso. A gravidade subjetiva de uma situação de violência só pode ser aferida a partir das consequências que surgem. Uma situação aparentemente grave pode não ter consequências tão graves para determinada criança, e outra aparentemente menos grave pode ter efeitos de maior desorganização.

Sinais físicos e/ou psicológicos podem indicar que uma criança ou um adolescente estejam sendo abusados sexualmente. No entanto, é muito importante saber que não é apenas um sinal, mas um conjunto deles que pode apontar quando uma criança ou um adolescente não estão bem. Mas esses sinais não revelam necessariamente que eles estejam sendo abusados. Uma adolescente que esteja sendo abusada pode passar a ter um comportamento agressivo ou retraído, mas sabe-se também que a irrupção dessa atitude não é incomum no período da adolescência. O profissional deve estar atento para não ser negligente, mas também é muito importante que os sinais não sejam precipitadamente transformados em certeza.

Toda criança e todo adolescente devem ser bem acolhidos quando chegam em um serviço de saúde. Uma situação de suspeita de violência sexual requer cuidados e traz consequências, independentemente de ter acontecido ou não. É necessário que a criança e o adolescente possam estabelecer uma relação mínima de confiança com o profissional para

poderem falar sobre o que lhes aconteceu. A confiança que pode ser estabelecida de imediato muitas vezes também demora a acontecer, pois cada criança tem um tempo e um modo singular para poder falar sobre o que viveu. O profissional não deve deixar que sua vontade de ajudar acabe atropelando o paciente, pois a forma como ele irá abordar a questão pode permitir ou impedir que a criança venha a falar sobre o que lhe aconteceu. Se ela se sentir forçada a falar, isso pode levá-la a se retrair. Também é importante que os pais sejam bem acolhidos, mesmo no caso de ele(s) ser(em) o(s) autor(es) da violência.

Sabemos que uma criança ou um adolescente podem viver em uma situação de violência doméstica durante um longo período sem conseguir pedir ajuda. Quando algum pedido é sinalizado, é muito importante que esse apelo seja escutado e tenha, como consequência, desdobramentos em cuidados ligados à saúde, à instância jurídica e/ou à educação.

No caso de Francileide percebe-se que durante anos sua mãe não pôde ocupar, em relação à situação do abuso, um lugar de garantia de cuidados para com a filha. Dessa forma, torna-se necessária uma intervenção jurídica – para interromper a situação violenta e que introduza também a importância de a mãe e o pai virem a se responsabilizar juridicamente por seus atos; e uma intervenção no campo da saúde mental – que possibilite a construção de uma nova forma de funcionamento em que eles possam vir a ocupar suas funções de mãe e de pai.

Pode-se dizer que faz diferença um caso de violência doméstica chegar para atendimento tendo passado ou não por uma instância jurídica. Não é simples para o profissional da saúde perceber a melhor forma e o melhor momento de fazer uma notificação. Um profissional que se depara com a constatação ou suspeita de que uma criança ou um adolescente estejam sofrendo uma situação de violência, muitas vezes precisa de uma rede com a qual ele não conta de saída. É importante que isso não faça com que ele caia em uma situação de impotência – pensando que não há nada a fazer – ou de onipotência – como se ele pudesse resolver sozinho toda a situação.

Se, como foi dito, é importante que o profissional possa contar com uma rede de apoio – tanto para encaminhar para outras instâncias quanto para dividir as dificuldades em relação a sua intervenção –, a criança, o adolescente e seus familiares também podem necessitar de ajuda para sair de uma situação de isolamento, fato comum em casos de abuso sexual.

Como no caso de Francileide, é fundamental que o paciente possa encontrar um lugar de escuta, em que possa falar da ambiguidade de seus sentimentos – odiar, mas também amar o pai –; e do lugar que ocupou na situação de violência – sentir-se "vítima", mas também "culpado". O tratamento psicoterapêutico, se bem-sucedido, possibilitará que a criança ou o adolescente possam se descolar desses lugares estanques de vítimas ou de culpados – ou seja, supervalorizar algum tipo de participação –, para que possam construir relações que não estejam necessariamente baseadas nessa polaridade que muito facilmente se coloca em uma situação de violência.

É também fundamental que o profissional possa ouvir aquele que cometeu uma violência. Para que esse sujeito possa estabelecer uma relação de confiança, podendo falar tanto do ato de violência quanto de seus medos, inseguranças e dificuldades, é necessário que o fato não seja reduzido ao ato violento cometido. É dessa forma que se dá ao autor da agressão a oportunidade de criar outros tipos de relações que não passem pela violência. Independentemente de um espaço de escuta, muitas vezes é necessário afastar, da criança e/ou do adolescente, o autor do ato violento. Isso vai depender de cada caso, principalmente da estrutura familiar em que a criança ou o adolescente estejam inseridos. Existem situações extremas nas quais não há nem mesmo condição de a criança encontrar esporadicamente o autor. Em outras, o fato de aquela situação ter-se tornado pública, possibilita mudanças na posição dos envolvidos, podendo ocasionar o resgate de uma relação de confiança e afeto.

Para refletir

Considerando a ausência de uma rede de apoio, que possibilidades você teria, como profissional, para atuar nesse caso?

E as possibilidades de abordagem no seu serviço?

Como você e seu serviço poderiam estabelecer comunicação com outras instituições para trabalharem o atendimento em rede?

- Poucos serviços de atenção a vítimas de violência atendem familiares agressores, especialmente, quando são homens e estão envolvidos em abuso sexual.
- Separar o autor da agressão do convívio familiar pode contribuir para uma rotulação desse sujeito, fazendo-o crer que falhou irreversivelmente no seu papel de cuidador. O estigma de "agressor" pode se transformar num desígnio a ser cumprido, num comportamento que será reproduzido em atos futuros.

Para saber mais sobre o tema crianças e adolescentes vítimas de violência, leia:

Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmicas de violência doméstica contra crianças e adolescentes, coordenado por Suely Ferreira Deslandes, Simone Gonçalves de Assis e Helena O. Silva (2004).

Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde: *um passo a mais na cidadania em saúde*, do Ministério da Saúde (2002).

Ficha de notificação/investigação individual (violência doméstica, sexual e/ou outras violências), do Ministério da Saúde.

Entre quatro paredes: *atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência*, escrito por Milica Satake Noguchi, Simone Gonçalves de Assis e Nilton Cesar dos Santos (2004).

- A responsabilização judicial desse indivíduo pela violência praticada interrompe a "licença para maltratar". Entretanto, sem o efetivo acompanhamento terapêutico, essa ação não será (re)significada, ficando apenas no âmbito da punição legal.
- Para a maioria da sociedade, a responsabilização judicial do autor da violência significa apenas fazer com que ele "pague" por seus atos, deixando de lado qualquer visão mais ampla e compreensiva sobre a atenção a esse indivíduo.
- Atualmente, todo profissional que atua no campo da saúde, da educação e/ou da justiça, se estiver atento, vai se deparar com situações de violência em seu cotidiano de trabalho.
- Em um caso de abuso sexual, a violência psicológica habitualmente está presente. Mas nem sempre isso ocorre: um bebê violentado, por exemplo, pode nem se dar conta do que aconteceu. É importante distinguir o trauma emocional que ocorre após a maioria dos abusos sexuais (muitas vezes decorrente de reações dos próprios familiares) do abuso psicológico concomitante ao abuso sexual (através de ameaças, segredos, pressões etc.). Ambas as situações devem ser alvo da atenção dos profissionais da saúde.
- Se a notificação não perder o seu caráter de proteção, ela será realizada de forma mais precisa pelos profissionais e será mais bem acolhida pelos envolvidos na situação de violência.

Notificar significa iniciar um processo cujo objetivo principal é o de interromper a violência no âmbito da família (BRASIL, 2004). Essa notificação, no entanto, não é e nem vale como denúncia policial. Ela indica que o profissional da saúde está dizendo ao Conselho Tutelar: "esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!" A notificação não deve ser vista como o cumprimento de uma obrigação que tem fim em si mesma. É importante que o profissional da saúde acompanhe o trabalho do Conselho Tutelar, construindo uma parceria que permita compartilhar a decisão tomada para o melhor encaminhamento dos casos atendidos (NOGUCHI et al., 2004).

CASO **DAYVSON**

Dayvson, 14 anos, negro, cursando a 6ª série, foi ao posto de saúde levado pela mãe, que reclamava do fato de ele andar triste, isolado, sempre trancado no quarto. Relatou que sempre foi bom aluno, mas, no último ano, começou a ter dor de barriga diariamente antes de ir para a escola, passando a chegar atrasado e a faltar – quase repetiu o ano. Durante a consulta com o clínico, Dayvson falou pouco, mas ao ser perguntado pelo Dr. João sobre o problema da acne, o adolescente se abriu, mostrando-se preocupado, perguntando ao médico se existe um tratamento para esse problema. Sem mais demora, Dr. João conclui o exame físico sem observar outras anormalidades, solicitou o exame parasitológico de fezes (EPF) e encaminhou Dayvson ao dermatologista.

Para refletir

Como você avalia o atendimento prestado a Dayvson? Que outras questões poderiam ter sido investigadas durante a consulta?

DAYVSON VOLTA À CONSULTA

Dayvson voltou à consulta um mês depois, acompanhado da mãe, com o resultado do EPF: negativo. A consulta na dermatologia estava marcada para dali a dois meses. Enquanto esperava a consulta, foi convidado a participar de um grupo na sala de espera, onde uma assistente social falava sobre os serviços da unidade, tirava dúvidas e convidava as pessoas a participarem dos grupos de reflexão.

Chegado o dia da consulta, foi então recebido pela Dra. Clara, que pediu gentilmente à mãe para esperar do lado de fora, de modo que ela pudesse conversar melhor com Dayvson. Incentivou o rapaz a falar sobre sua vida, sua relação com a família, a escola e os amigos, sobre seus desejos e como se percebia como pessoa. Dayvson revelou sentir-se feio, dizendo ter poucos amigos e que na escola foi apelidado de "pé-de-moleque", o que chama atenção para o seu problema de pele e o deixa muito infeliz, a ponto de não querer ir às aulas. Vive passando pomadas, mas, como não melhora, os colegas ficam "zoando". Diz ter vontade de se aproximar das meninas, mas fica sem coragem.

Para saber mais sobre raça/etnia, consulte os textos:

- *Onde você guarda seu racismo?*, de Maurício Santoro (2004). www.ibase.org.br/modules.php?name=Conteudo&pid=644
- *Saúde da população negra*: *Brasil ano 2001*, de Fátima Oliveira (2002). www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=68
- *Discriminação racial nas escolas*: *entre a lei e as práticas sociais*, de Hédio Silva Junior (2002). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Discrimina_racial.pdf
- *Acidentes e violência*: *conceito* http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/acid_violen.html

Para refletir

Que fatores estão causando a solidão de Dayvson?

Qual a diferença na abordagem do caso pela doutora Clara e pelo doutor João?

Que ações a equipe de saúde e a escola podem desenvolver em relação a esse caso?

Texto para reflexão sobre o caso *Dayvson*

Violência entre estudantes – *bullying*

A violência entre estudantes, também chamada de *bullying*, é motivo de grande preocupação quando acontece de forma repetida e envolve desequilíbrio de poder. Embora gere grande angústia para as vítimas, essa situação costuma ser pouco valorizada pelos adultos, que muitas vezes só se mobilizam quando as consequências são trágicas. É um problema mundial, que perpassa todas as classes sociais, e acontece em praticamente todas as escolas. Os meninos têm maior chance de se envolver do que as meninas.

Para saber mais sobre atividades de grupo e protagonismo juvenil, leia:

- *Saúde do adolescente: adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação*, do Ministério da Saúde (2000). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_adolescentes.pdf
- *Protagonismo juvenil: caderno de atividades*, do Ministério da Saúde, em 2001. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protagonismo_juvenil.pdf

Torna-se importante reconhecer os sinais de violência, de forma a intervir precocemente, pois o *bullying* pode comprometer o futuro de todos os envolvidos, sejam eles autores, alvos ou testemunhas.

O *bullying* se expressa de diferentes maneiras: implicar, colocar apelidos, excluir do grupo, intimidar, assediar, humilhar, difamar, agredir fisicamente são algumas das formas. Alguns sinais podem indicar que a criança ou o adolescente estão sendo alvo de *bullying*: aparecem em casa com as roupas rasgadas, com feridas sem explicação, não querem ir para a escola ou participar de atividades com os colegas, chegam da escola tristes ou de mau humor. Os alvos do *bullying* são pessoas inseguras, com pouca habilidade para fazer cessar a violência. Sua baixa auto-estima é agravada pelas críticas que recebe e pela indiferença dos adultos. Têm maiores chances de apresentar sentimentos de angústia, tristeza e solidão, depressão e ideias suicidas.

Alguns fatores comumente estão associados aos agressores: impulsividade, dificuldade de seguir regras e de lidar com a frustração, pouca empatia. Frequentemente pertencem a famílias com pouca afetividade, onde se usa a violência como solução de conflitos. Os autores de agressão têm maior chance de repetir o ano ou sair da escola, de fumar, beber, se envolver em conflitos ou delinquência. E as testemunhas também sofrem com o ambiente de violência, demonstram insegurança sobre o que fazer e têm medo de se tornar a próxima vítima.

Para lidar com os alvos de *bullying*, a primeira providência é sempre valorizar a queixa e o sofrimento, demonstrando desejo de ajudar. O atendimento, sempre que possível, deve envolver a criança ou o adolescente, a família e a comunidade escolar. É fundamental que a escola promova discussões sobre o fenômeno, tornando os professores mais atentos e buscando estratégias para melhorar o relacionamento entre os alunos. Os autores de agressão, assim como os alvos, também merecem especial atenção.

Para refletir

Você já vivenciou ou tomou conhecimento de algum caso de *bullying*? Que encaminhamentos foram dados ao caso?

O atendimento do adolescente

A consulta com o adolescente deve possibilitar um momento de privacidade, de maneira a favorecer a expressão de sentimentos. O adolescente tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações. Isso só deve ser rompido nas situações previstas por lei (notificação de situações de maus-tratos ao Conselho Tutelar) ou de risco à vida.

A entrevista precisa respeitar a singularidade de cada jovem, evitando formatos rígidos. Para que se possa conhecer o adolescente na sua integralidade é fundamental criar um ambiente acolhedor, no qual o jovem se sinta à vontade para falar sobre sua vida, seus sonhos, seus projetos para o futuro, sua relação com a família, com amigos, sobre escola, trabalho e lazer. É importante que o profissional deixe claro para o jovem a sua disponibilidade em escutá-lo, sem fazer julgamentos.

Ao final da consulta, deve-se combinar com o jovem o que será dito pelo médico aos seus responsáveis, para não romper o vínculo de confiança. É interessante que a família seja envolvida e que o atendimento contribua para facilitar o diálogo entre seus membros.

O atendimento em grupo é uma excelente estratégia para desenvolver habilidades e favorecer a expressão de sentimentos, a socialização de informações e a formação de redes afetivas. É interessante fazer uso de metodologias participativas que permitam a convivência com diferentes opiniões e o respeito às diferenças, contribuindo para a equidade nas relações étnico-raciais e de gênero, bem como para a prevenção da homofobia.

Mais informação sobre prevenção da violência junto aos rapazes você encontra em:

- *Da violência para a convivência*, do Instituto Promundo (2001). www.promundo.org.br/Downloads/PDF/DaViolenciaparaConvivencia.pdf
- *Esfria a cabeça, rapaz! – uma cartilha para rapazes sobre a violência contra mulheres*, de Gary Barker, Instituto Promundo (2003). www.promundo.org.br/Downloads/PDF/arte_esfria_cabeca.pdf

Para saber mais sobre organização de serviços para adolescentes, leia o documento *Saúde integral de adolescentes e jovens*: *orientações para a organização de serviços de saúde*, do Ministério da Saúde (2005), no site:http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf

Recomendações gerais sobre a violência contra a criança e o adolescente

- A violência doméstica é um fenômeno social complexo que precisa ser enfrentado por diferentes instituições sociais, de forma articulada. É importante que se desenvolvam parcerias e contatos com outras instituições para melhor acolhimento e condução dos casos de violência familiar contra a criança e o adolescente.

- Os casos de violência contra a criança necessitam de uma avaliação ampliada, com participação de várias categorias profissionais.

- O profissional da saúde deve priorizar a assistência à criança e à sua família, e as medidas de proteção.

- Os profissionais precisam estar sensibilizados e capacitados para reconhecer e abordar de forma empática as situações de negligência detectadas.

- O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê que os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e o adolescente sejam notificados ao Conselho Tutelar ou à autoridade competente da localidade (BRASIL, 2003).

- É necessária uma discussão ampla sobre os desfechos positivos que a equipe de saúde pretende alcançar, evitando medidas precipitadas que podem acabar por afastar a família.

Referências

ALMEIDA, S. S. *Femicídio*: as algemas (in)visíveis do público-privado. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

BARKER, G. (Coord.). *Esfria a cabeça, rapaz!*: uma cartilha para rapazes sobre a violência contra mulheres. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2003.

BRANCO, V.M.C. *Notificação dos maus-tratos*: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: SMS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília, 2005. (Série A. Normas e manuais técnicos. Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos, Caderno 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protagonismo juvenil*: caderno de atividades. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente*: adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Brasília, 2002. (Série A. Normas e manuais técnicos, 167).

BRASIL. *Normas para tratamento de violência sexual de mulheres e adolescentes*. Brasília, 2005.

BRASIL. *Saúde integral de adolescentes e jovens*: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, 2005. (Série A. Normas e manuais técnicos).

DESLANDES, S.; ASSIS, S. G.; SILVA, H. O. (Coord.). *Famílias: parceiras ou usuários eventuais?*: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: UNICEF/CLAVES, 2004.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005. Suplemento.

FRANCO, F.; RIBEIRO, P. M. C. M.; GRYNER, S. A. (Org.). *A violência começa quando a palavra perde o valor*. Rio de Janeiro: NAV, 2004.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A.; MARQUES, J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-553, 1999.

INSTITUTO PROMUNDO. *Da violência para a convivência*. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2001 (Trabalhando com homens jovens, 3). Disponível em: http://www.promundo.org.br/Downloads/PDF/DaViolenciaparaConvivencia.pdf. Acesso em: 01 fev. 2007.

LIMA, C. A. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde?: a experiência de um serviço público do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, 2005.

NOGUCHI, M.S.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.C. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n. 4, p. 963-973, 2004.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.445-450, 2001.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*: Brasil ano 2001. Brasília: OPAS, 2002.

PIRES, A.L D. *Maus-tratos contra crianças e adolescentes*: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto. BEPA, São Paulo, v. 2, n.24,2005.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, A. M. J.; FACÓ, T. P. P. Ações de prevenção dos acidentes e violência em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1201-1204, 2003.

ROCHA, E. G.; PEREIRA, J. F. Descentralização participativa e a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente. *Revista da UFG*, v.5, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>. Acesso em: 24 nov. 2008.

SAFFIOTTI, H.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero*: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTORO, M. Onde você guarda seu racismo? *Revista Democracia Viva*, Rio de Janeiro, n. 4, 2004.

SILVA JÚNIOR, H. *Discriminação racial nas escolas*: entre a lei e as práticas sociais. Brasília: Unesco, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência*: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde. Rio de Janeiro: CLAVES; SEDH-MJ, 2000.

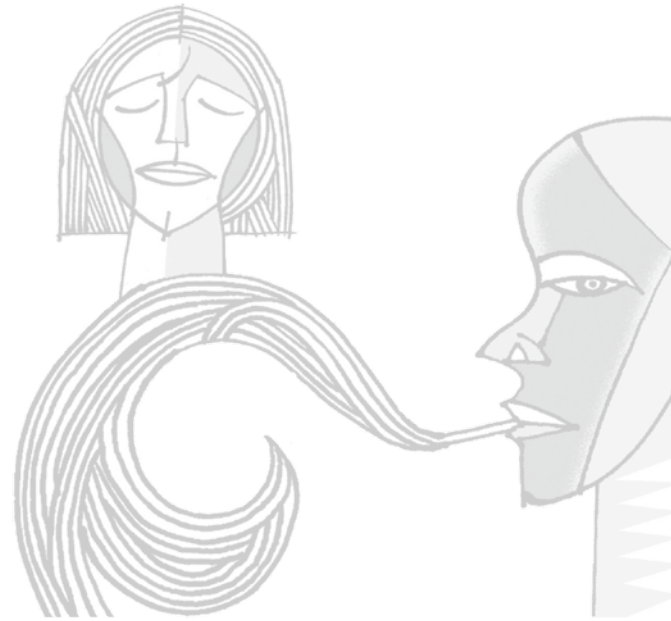
SPOSATI, A. *A menina LOAS*: um processo de construção da assistência social. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, A. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 77, p. 30-53, 2004.

YAZBEK, M. C. As ambiguidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 77, 2004.

VASCONCELOS, E.; MORGADO, R. *Subsídios analíticos e metodológicos na lógica do Sistema Único da Assistência*. Rio de Janeiro: SUAS/ Programa de Atendimento Integral à Família; PAIF; Secretaria da Família e da Assistência Social, 2005.

7. Violência de gênero na vida adulta

Carlos Eduardo Zuma, Corina Helena Figueira Mendes, Ludmila Fontenele Cavalcanti e *Romeu Gomes*

Este capítulo tem como objetivo estimular o aluno a refletir sobre a violência na fase adulta da vida, a partir de uma perspectiva de gênero. A metodologia adotada foi a apresentação de casos, textos de apoio, vídeos e indicação de bibliografia adicional.

O capítulo está dividido em duas partes: a primeira trata da violência de gênero contra a mulher, mostrando que esse é um desafio para os profissionais da saúde, e a segunda mostra um olhar sociocultural sobre os homens e a violência. Finaliza com um exercício englobando todo o conteúdo.

VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Caracteriza-se por qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra outra, em uma relação pautada em desigualdade e assimetria entre os gêneros. Pode ocorrer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços relacionais.

VIOLÊNCIA CONTRA PARCEIROS ÍNTIMOS

É o conceito utilizado pela Organização Mundial da Saúde para violência contra parceiros que ocorre em todas as sociedades e camadas sociais. Inclui: atos de agressão física, relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, maus-tratos psicológicos e controle de comportamento. Pode ocorrer em ambos os sexos, em parceiros do mesmo sexo, mas as mulheres são mais vitimizadas, especialmente nas sociedades em que as desigualdades entre homens e mulheres são mais marcantes (KRUG et al., 2002).

Por gênero, entendemos a modelação por meio de atributos culturais associados ao sexo e às suas peculiaridades biológicas. Em outras palavras, definimos como gênero os modelos socialmente construídos acerca do que vêm a ser homem e mulher. Esses modelos costumam ser ancorados em hierarquias e desigualdades, estabelecendo relações de poder entre os sexos. Em geral, aos homens são atribuídos papéis que os colocam numa posição superior à das mulheres. Nesse cenário, são muitas as cobranças e pressões (físicas, psicológicas e sociais) para que as mulheres atendam ao poder dos homens, considerado como "natural", facilitando que sejam frequentemente vitimadas pelos homens nas relações interpessoais.

Estudos têm mostrado que homens e mulheres sofrem violência de gênero. O homem pode cometer violências contra outros homens e contra si próprio para afirmar sua masculinidade. Pode também ser aprisionado, sem perceber, como vítima das próprias cobranças sociais que o colocam em constante tensão e em permanente necessidade de ter que demonstrar a sua masculinidade (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Para mais detalhes sobre esse tema, leia o artigo "Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero", de Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo e Cláudio Felipe Ribeiro da Silva (2005), publicado no livro *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf

Por último, não podemos desconsiderar, como violências de gênero, aquelas cometidas por mulheres contra os homens e as cometidas nas relações entre as mulheres. Assim, as relações violência-gênero, atravessadas por questões de classe social, raça/etnia e de filiação a grupos, podem fazer com que homens e mulheres se envolvam em atos violentos, como vítimas ou como autores, para afirmar identidades masculinas e femininas, socialmente construídas.

Violência de gênero contra a mulher: um desafio para os profissionais da saúde

MULHERES DE ATENAS

Chico Buarque de Hollanda

Elas não têm gosto ou vontade
Nem defeito, nem qualidade
Têm medo apenas
Não têm sonhos,
Só têm presságios...

Você encontra a letra completa dessa composição no site: http://chicobuarque.letras.terra.com.br/letras/

CASO "AINDA HÁ TEMPO"

Cena 1

Marilene, 53 anos, professora primária aposentada, nasceu no interior de Minas Gerais. Casada há 35 anos com Romualdo, tem três filhos – "dois homens e uma menina", como ela diz. A filha, a última a ir embora, vive em outra cidade e está grávida. Romualdo é policial militar e trabalha em sistema de plantões. Às vezes, ele bebe um pouco nas suas folgas, mas sempre em casa, "para não desmoralizar a corporação". Para muitos que os conhecem, a família deles é "perfeita", o que é motivo de orgulho para Romualdo, que, apesar dos anos de farda e de ver toda sorte de maldade, diz não ter se acostumado com a falta de valores morais dos dias atuais. No entanto, a vida de Marilene não é um mar de rosas. Desde o namoro Romualdo é ciumento, e o fato de ela ter trabalhado fora por tantos anos sempre foi motivo para cobranças e ofensas. Apesar disso, ela o considera um bom marido. Afinal, para Romualdo a família vem em primeiro lugar e ele nunca deixou faltar nada em casa.

Mas de uns tempos para cá, a vida de Marilene parece estar "mais pesada", dando a impressão para as pessoas de que ela está desligada ou triste. Desde o casamento de Larissa, sua caçula, a casa ficou mais vazia, silenciosa e, às vezes, Marilene passa o dia sem conversar com ninguém. Suas companhias são a televisão e Dotinha, uma cachorrinha que seus filhos trouxeram para casa há mais de 12 anos. Ela também está velha e já não quer mais sair para dar os longos passeios das duas. Agora, Marilene percebe que ela, Dotinha, é quem levava Marilene para dar uma volta e ver o mundo. Dotinha doente, Marilene aposentada, os filhos casados, Romualdo fora de casa no trabalho. Mas, pensando bem, Romualdo fora de casa não era de todo ruim. Pior quando ele volta. Vai chegando a hora e Marilene já sabe, suas mãos começam a suar, seu coração a bater mais rápido. Sempre fora assim, anos a fio, mas agora, no silêncio da casa vazia, parecia que ela estava mais abandonada ao "temperamento forte" de Romualdo, que, às vezes, sem que ela soubesse o porquê, chegava acusando-a de coisas que ela jamais fizera ou imaginara fazer.

Parando para pensar, Marilene via que os filhos – que depois de crescidos a defendiam do pai nas discussões – tinham mesmo que seguir sua vida e não ficarem agarrados à barra de sua saia. Mas era difícil vê-los partir, mesmo que ela ficasse feliz por tê-los encaminhado na vida. E disso Marilene tinha orgulho: era uma ótima mãe e seus filhos, formados, fortes e casados eram a prova.

Ela vivera para sua família e sempre acreditara que com o tempo e a idade Romualdo fosse melhorar. Sempre tentara ser compreensiva, dando um desconto pela infância difícil que ele tivera, longe da mãe que o abandonara com uma tia, raramente vendo seu pai, que se casara novamente e constituíra uma nova família,

onde ele não tivera lugar. E, além de tudo, o trabalho. O trabalho de Romualdo o deixava muito nervoso. Marilene nunca sabia se ele voltaria para casa ou não. Quando dava uma notícia urgente na televisão sobre tiroteio, o coração de Marilene disparava. E era duro reconhecer: houve vezes em que ela desejara que Romualdo fosse um dos policiais mortos no confronto com os bandidos. Agora, a televisão já nem dava mais essas notícias, toda hora havia policiais mortos em tiroteios, e ela continuava a ter certeza da volta de Romualdo, vivo, pelo mal-estar que sentia quando Dotinha latia junto ao portão.

Em uma manhã ainda começando a raiar, enquanto passava o café de Romualdo, com Dotinha aos seus pés parecendo querer lhe dizer que pelo menos ela sabia o porquê do seu braço inchado e dolorido, Marilene decidiu fazer uma coisa sobre a qual já pensara antes. Depois que o marido saísse, ela pegaria um ônibus para ir ao Posto de Saúde que ficava distante uns bairros de sua casa. Ela só ia ao médico quando estava doente, sempre no Hospital da Polícia e acompanhada por Romualdo. Marilene via na televisão as campanhas do governo sobre a importância de fazer o preventivo, mas lhe faltava coragem; afinal, era tão constrangedor... E ainda seria pior ficar na consulta com o médico sabendo que Romualdo estava lá fora e depois iria descontar nela. Porque na frente do médico ele era uma pessoa, mas, com ela, era outra. Na noite anterior, por exemplo, ao chegar do trabalho, ele se mostrara zangado simplesmente porque ela havia esquecido de deixar acesa a luz da garagem. E quando Romualdo estava zangado tudo podia acontecer. Ela ainda tentara acender a luz, mas ele torcera seu braço até que ela ficasse no chão, humilhada, e ele gritando que não adiantava mais. Depois disso criticara a sua comida e a mandara parar de fazer drama. Afinal, estava chorando por quê?

Quando seus filhos ainda estavam em casa, ele não a agredia fisicamente na frente deles. Só as paredes de seu quarto e seu travesseiro conheciam, como ela, quem era Romualdo. Marilene já o conhecia muito bem, e sabia que nessa manhã ele se comportaria como se nada tivesse acontecido. Na verdade, seria até atencioso e quando voltasse para casa à noite iria perguntar por que ela não aproveitava para ligar para Larissa. Ela sentia vergonha, nem isso se sentia à vontade para fazer em sua própria casa. Romualdo botara um cadeado no telefone, para ela não ficar "pendurada no fio falando bobagem". Mas que bobagem ela falaria? E com quem? Seus parentes moravam longe e com o tempo perdera o contato com quase todos. Das colegas do antigo trabalho também tinha poucas notícias. Para quem ela ligaria, a não ser para a filha? Mesmo para os filhos, que moravam na mesma cidade, ela ligava pouco. Não gostava de incomodar e tinha medo que as noras e os genros implicassem.

Marilene estava decidida e esse sentimento, ao mesmo tempo, lhe dava medo e a deixava animada: iria ao médico para cuidar do braço – que estava roxo e doendo depois que Romualdo o torcera na noite anterior.

Para refletir

Liste as formas de violência que você identifica no cotidiano de Marilene.

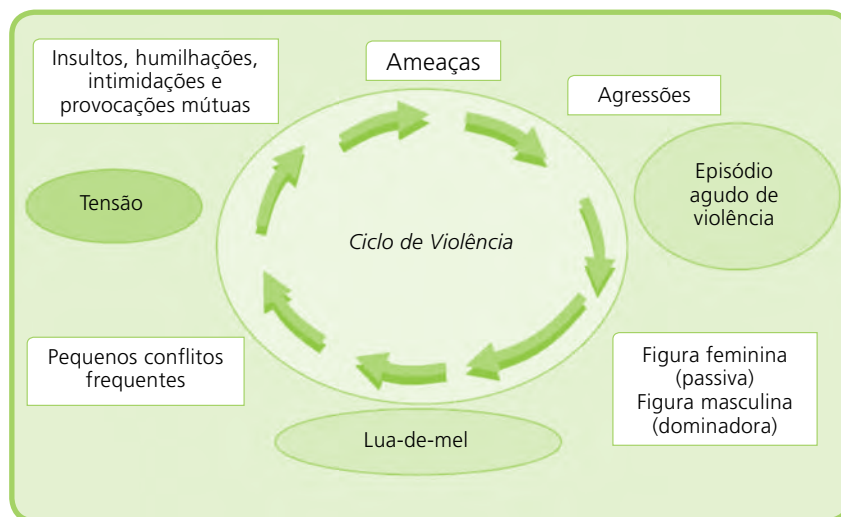
Quais motivos levam uma mulher a permanecer em uma situação de violência conjugal?

Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso "Ainda há tempo"

Mudanças fundamentais no lugar social das mulheres ocorreram a partir da segunda metade do século XX: a necessidade de se inserirem no mundo público do trabalho; a pílula anticoncepcional, descolando o inexorável medo de engravidar da vivência da sexualidade feminina; os movimentos feministas ganhando as ruas do mundo inteiro, clamando pela igualdade de direitos. Milhões de mulheres brasileiras têm hoje a oportunidade de escrever uma história diferente das de suas mães e avós. Outras tantas se veem obrigadas a ser provedoras de suas famílias e lamentam os tempos passados quando os papéis familiares de homens e mulheres estavam claramente definidos, e o desemprego de seus companheiros e pais não as fazia acumular tantas responsabilidades sozinhas.

As mudanças não se dão por substituições, mas num processo, por sobreposições que deixam rastros e vestígios em nossas subjetividades. Mesmo com todos os valores e as novas marcas agregados, a constituição da identidade feminina não foi abolida, a força do lugar social atribuído à figura materna como responsável pelos filhos, pela ordem e manutenção da família ainda está presente. Na história de Marilene podemos perceber isso. Em suas reflexões, enquanto repassa parte de sua vida do modo como entende as dinâmicas familiares, ela nos dá um exemplo das relações de força constantes – e muitas vezes desiguais –, presentes entre homens e mulheres. No entanto, a subordinação de Marilene a uma ordem conjugal onde a violência praticada de diferentes formas a faz deprimir e sofrer, não precisa ser imutável, por mais difícil que pareçam as mudanças para o curso da vida de mulheres com histórias como a dela. Na vida de Marilene, a violência não começou no episódio daquela noite. Ela está presente em diferentes graus e formas durante toda a sua vida conjugal, expressando relações assimétricas e de tensão que se intercalam com episódios de uma breve trégua, muitas vezes fazendo os envolvidos acreditarem que as relações serão diferentes a partir do episódio violento, caracterizando o que é denominado de ciclo da violência.

Figura 1 – Ciclo da violência

Insultos, humilhações, intimidações e provocações mútuas
Ameaças
Agressões
Tensão
Ciclo de Violência
Episódio agudo de violência
Pequenos conflitos frequentes
Figura feminina (passiva) Figura masculina (dominadora)
Lua-de-mel

Fonte: Adaptado de Cardoso (1996) e Soares (1999).

Sabemos pouco sobre a família de origem de Marilene, mas podemos perceber que ela vive um determinado isolamento social que não ocorreu de repente e que está presente em muitas das histórias de mulheres que, como ela, vivem situações abusivas junto aos seus parceiros íntimos. Em sua história encontramos vários elementos que sinalizam a cronicidade dessa situação, assim como fatos que vêm contribuindo para sua vulnerabilidade: a idade de Marilene, sua aposentadoria, os filhos que saíram de casa, o envelhecimento da cachorra e o contexto do trabalho de Romualdo. E a tudo isso somam-se os medos e receios de perdas, bastante frequentes em situações similares à dela. Exemplos são o medo da reação do companheiro e a possibilidade de ele agredi-la, abandoná-la ou mesmo de matá-la; o medo de perda da família como espaço onde seu papel social de mãe e esposa é reconhecido; o medo de perder a guarda dos filhos, quando esses são crianças ou adolescentes, e de que eles a responsabilizem pela separação e pelo sofrimento; o medo de perder sua casa e ficar sem nada, como se esta representasse o espaço de segurança que a família deveria ser.

Para saber mais sobre esse assunto leia o Capítulo 9 sobre violência de gênero, no livro *Violência faz mal à saúde*, do Ministério da Saúde, coordenado por Claudia Araujo de Lima (2004), disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf

Se pensarmos sobre todos esses medos e muitos outros que povoam as mentes e os corações dessas mulheres, poderemos compreender um pouco de suas dúvidas e de seus impasses – o que para nós, durante os atendimentos, pode ser entendido somente como uma situação de exposição a graves riscos à saúde e à segurança delas.

CASO "AINDA HÁ TEMPO"

Cena 2

Mais um dia naquele calor interminável e senhas sem fim! Adriano estava formado há pouco mais de cinco anos e não podia ainda dispensar o emprego público no posto de saúde. Apesar de sua residência médica ter sido em Angiologia, lá ele era clínico geral. Adultos de todas as idades e com todos os problemas esperavam que ele resolvesse tudo com uma receita e, quem sabe, com alguns pedidos de exame. Ele respirou fundo e se dirigiu à porta do consultório com a ficha do próximo, ou melhor, da próxima paciente: Marilene Azevedo.

Uns dias eram piores do que outros, e esse parecia ser um daqueles! Adriano começava a se sentir mal, desconfortável, sem saber o que fazer para ajudar aquela mulher. A consulta já se alongara mais do que de costume e ele não conseguia ter certeza sobre suas suspeitas. Será que aquela mulher estava sendo agredida por seu marido? Como saber a verdade? Como ter certeza sem perguntar diretamente, e como perguntar uma coisa dessas a uma senhora como aquela? Pela ficha, dona Marilene nem era tão idosa, mas por algum motivo lhe parecia familiar, talvez pelo seu jeito materno e discreto. Adriano afastou essa ideia e tentou se concentrar, pensando em qual seria a melhor forma de ajudar a paciente.

Prescreveu um anti-inflamatório para a torção do braço, que ela alegava ter acontecido quando caíra de uma cadeira na véspera. A história dela não o convencera, mas ela também não confessava que o marido a agredira. E se ela dissesse, o que ele, um médico, faria? Não tinha ideia sobre como agir em uma situação dessas! Não era a primeira vez que desconfiava que uma paciente pudesse estar sendo agredida pelo marido ou namorado, mas como não tinha certeza e elas eram evasivas, acabava não confirmando suas suspeitas. Até porque elas, na maioria das vezes, não retornavam. As queixas eram as mais diversas e os motivos alegados também.

Mas, naquela manhã, o caso de dona Marilene tinha mexido com ele. É, talvez já fosse hora de tirar umas férias ou largar aquele emprego no posto! Estava ficando com o coração mole. Lembrando-se de um cartaz que vira no corredor e de uma circular que recebera da direção da unidade havia pouco tempo, Adriano então abriu uma pasta de impressos e preencheu o "Formulário padrão de encaminhamentos para casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher", que as pessoas no posto chamavam de "encaminhamento da VVI (Vítimas de Violência Intrafamiliar)". Depois, encerrou a consulta, pedindo a dona Marilene que entregasse aquele papel na recepção. A partir daí, eles agendariam uma consulta com a assistente social ou a psicóloga. Um pouco constrangida, ela agradeceu, estendendo-lhe a mão. Ele a acompanhou até a porta, como se ainda

houvesse algo a fazer por ela. Ao ver a porta se abrir, o próximo paciente se levantou. Adriano pediu que ele esperasse um pouco, entrou no consultório e afrouxou o colarinho da camisa sob o pesado jaleco branco. Ele precisava respirar um pouco antes de continuar sua rotina de trabalho.

Figura 2 – Profissionais de saúde conversam sobre o caso de Marilene

Ilustração: Edvando Jacinto Correia (2006)

Marilene gostara do doutor Adriano. Ele até lembrava seu filho mais velho. Parecia sério, competente. Ela se sentira confusa ao sair do consultório, mas também aliviada. Afinal, o que fora fazer lá? Do que estava se queixando? E o que ele queria saber com aquelas perguntas? Bom, ela gostara dele. Pena não ter marcado outra consulta. Mas, também, os médicos são tão poucos e tão ocupados! Ela tivera sorte de conseguir ser atendida na primeira vez e até se sentiu meio culpada ao pensar que poderia ter ido ao Hospital da Polícia.

Enquanto esperava pela sua vez na recepção, Marilene pensava sobre o encaminhamento do doutor Adriano. O que eram essas letras "VVI"? Será que ele suspeitara de alguma doença que nem ela sabia que tinha? Como diz o ditado popular, "quem procura, acha". O que será que ela procurava, indo ao posto? O que havia encontrado? Mas não, ela logo se tranquilizou. Se fosse alguma doença, o doutor Adriano a teria encaminhado para um outro médico, e não para a assistente social ou a psicóloga. Será que ele achava que ela estava sofrendo dos nervos por ter quase chorado durante o atendimento? Marilene ficou na dúvida se deveria ou não marcar aquela consulta, mas, como gostara do médico, resolveu dar uma chance. Depois decidiria se iria ou não. Isso dependeria de a consulta coincidir com os plantões de Romualdo. Marilene saiu do posto um pouco mais animada, experimentando uma sensação estranha de ser um pouco mais dona de si.

Para saber mais, leia o artigo "Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde", de Lilia Blima Schraiber et al. (2002), disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-102002000400013&script=sci_arttext.

Para refletir

O que você, profissional da saúde, sentiria ao suspeitar que pode estar atendendo uma mulher em uma possível situação de violência conjugal? Liste três de seus pensamentos e três de seus sentimentos.

Em sua opinião, por que Marilene não contou ao doutor Adriano sobre a verdadeira causa de seus machucados e sobre a situação de violência em que vive?

Analise a abordagem do profissional e o processo de escuta presente no atendimento. Diante da suspeita do doutor Adriano, qual deveria ter sido a conduta dele? Existe um momento ideal para o profissional da saúde abordar com uma mulher sua suspeita de violência conjugal? Em nosso caso, como fazer se Marilene não retornar à unidade de saúde?

Agora, volte à primeira questão proposta nesta reflexão e analise os pensamentos e sentimentos listados por você.

Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso "Ainda há tempo"

Quando estamos no trabalho de todo dia, raramente temos tempo e oportunidade de conhecer como pensam as pessoas que atendemos. Perguntamos sobre seus corpos, sobre aspectos de seus estilos e hábitos de vida; às vezes ouvimos como elas se sentem, mas não percorremos os caminhos de suas histórias, suas formas de compreender o mundo e os determinismos e atalhos que as levaram a procurar atendimento na rede de saúde. Assim, quando recebemos mulheres como Marilene nos postos, ambulatórios e outros setores, especializados ou não, acabamos por perguntar aquilo que julgamos ser importante para o melhor atendimento, mas desconhecemos que outros motivos podem tê-las levado a nos procurar. No entanto, por vezes acreditamos que algo não apresenta nexo nos relatos que ouvimos e nos sentimos instigados a descobrir. A isso o doutor Adriano deu o nome de verdade.

Nos atendimentos a pessoas vítimas ou envolvidas em situações de violência conjugal, conheceremos suas versões sobre as experiências que viveram, e estas nos serão narradas dependendo do vínculo pessoal e institucional que estabelecermos no atendimento. Histórias como as de Marilene são bastante frequentes, mas nem sempre estamos preparados para descobri-las por meio dos sinais e pistas apresentados por mulheres, que, como ela, estão assustadas e divididas entre o desejo e a expectativa

de serem cuidadas e protegidas por nós, rompendo com o silêncio da violência conjugal, e, ao mesmo tempo, temem ser descobertas e mais expostas a essa mesma violência.

Leia mais sobre o assunto no artigo "Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro", de Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes e Cosme Marcelo F. Passos da Silva (2000), disponível no site: www.scielo.com.br.

O doutor Adriano estava na hora e no local certos para atender a uma dessas mulheres, mas ele não se sentia preparado, embora ocupe um lugar estratégico para o atendimento às formas mais sutis de violência intrafamiliar que acomete mulheres adultas. A ele, clínico geral, elas chegam trazendo suas queixas confusas, que diferem das relacionadas às questões reprodutivas femininas, e assim estariam sendo atendidas pelos ginecologistas e obstetras. As manifestações clínicas podem ser agudas ou crônicas e suas repercussões, físicas, emocionais e sociais. Profissionais da saúde, como o doutor Adriano, atendem casos de traumas acidentais domésticos, de inflamações e dores pélvicas, dores de cabeça, asma, síndrome de intestino irritável, depressão, ansiedade e desordens de sono e alimentação, sem saber que esses quadros podem encobrir histórias como a de Marilene. O seu papel, assim como o de cada profissional da saúde, deve ser o de contribuir para a construção de uma vida sem violência para essas mulheres e suas famílias.

CASO "AINDA HÁ TEMPO"

Cena 3

Marilene procurou não se atrasar para a consulta, pois dessa vez não precisaria de senha: estava agendada com a assistente social. Anete era jovem para já ser formada, pensou Marilene ao ser recebida de forma atenciosa por ela. No começo, desconfiada, Marilene ouvia e respondia com o mínimo de palavras. Mas Anete parecia compreender o que Marilene passava. Ela perguntou se Marilene sabia por que estava ali, e diante de sua negativa com a cabeça, explicou que aquele era um ambulatório para atender mulheres e seus familiares vítimas de violência que acontecia em suas próprias casas, daí aquela sigla no papel do encaminhamento do doutor Adriano: VVI – Vítima de Violência Intrafamiliar.

Aos poucos, Marilene ia se sentindo à vontade e contando sua história. Conforme falava, percebia que era escutada com interesse e sua alma ficava mais leve. O tempo da consulta passou voando. Ao mesmo tempo, tinha a impressão de que falara mais naqueles minutos do que no último ano inteiro. E o engraçado é que também sentia-se sabendo mais sobre o que acontecia com ela e com tantas outras mulheres que viviam em silêncio suas histórias de violência e de pouco diálogo com seus companheiros. Marilene se perguntava como ela, uma professora primária que assistia a tantos programas de televisão e lia o jornal

todos os domingos, nunca pensara no que tinha em comum com as mulheres que apareciam nos noticiários, e das quais tinha pena. E pensava: "Como ela aguenta isso do marido? Por que continua casada?" Sem que Anete a obrigasse a falar, ela havia contado muito sobre sua vida e sentia como se houvesse contado para ela mesma o que tentara ocultar com lágrimas e sofrimento durante todos os anos de namoro, noivado e casamento com Romualdo.

Ao final do atendimento, Anete perguntou se podiam marcar para que ela retornasse na semana seguinte. Marilene desconfiou, achando muito rápida a próxima consulta, mas teve coragem de dizer:

– Não me leve a mal, está sendo ótimo conversar com a senhora, mas eu não vou me separar do meu marido, destruir a minha família, só porque falei sobre tudo isso aqui. Verdade que Romualdo às vezes exagera, mas não posso ir a uma delegacia contar o que acontece comigo para colegas dele! Quem ia acreditar em mim?

– Eu entendo, dona Marilene, mas não se preocupe. Não espero que a senhora tome decisões que podem mudar sua vida sem que tenha certeza do que quer. Hoje a senhora começou a conhecer um pouco mais sobre os seus direitos e agora sabe que não está sozinha. A senhora já chegou até aqui e pode falar sobre o que acontece com a senhora e de sua vontade de mudar e se sentir melhor. Isso é já um grande começo. Um caminho se faz caminhando, dona Marilene. Um passo de cada vez. O importante é a senhora continuar a se cuidar. Quem sabe da próxima vez não podemos marcar também uma consulta no ginecologista, já que a senhora falou que nem se lembra da última vez que foi a um?

O jeito acolhedor de Anete deixara Marilene mais tranquila. Se para voltar ao posto tivesse que denunciar seu marido de tantos anos, ela não poderia retornar àquele lugar. E ela havia gostado tanto de conversar com Anete; até ficara animada com a ideia de ir ao ginecologista. Claro, precisaria dar um jeito para ir na outra semana sem que Romualdo soubesse, mas valeria a pena. Marilene sentia-se esperançosa ao voltar para casa. O caminho percorrido pelo ônibus lhe pareceu curto para pensar em tantas coisas, enquanto acariciava os panfletos que recebera de Anete. Ela sabia que teria que guardá-los com cuidado, mas ia dar seu jeito. Sentiu-se mais calma, parecia que sua semana estava começando naquele dia.

Para refletir

Analise o segundo atendimento prestado a Marilene. Que aspectos você imagina terem sido priorizados por Anete no atendimento?

Em uma unidade de saúde, de quem deve ser a responsabilidade pelo atendimento de mulheres com histórias semelhantes à de Marilene?

Texto para reflexão sobre a Cena 3 do caso "Ainda há tempo"

Em todo o Brasil, iniciativas governamentais, dos serviços e profissionais da saúde, assim como dos movimentos sociais, das organizações não governamentais e de categorias profissionais, têm discutido e construído propostas de atendimento a mulheres em situação de violência e a suas famílias. Dentre as formas de violência que acometem as mulheres, as perpetradas pelo parceiro íntimo – marido, ex-marido, namorado, ex-namorado – são as mais frequentes. Um bom atendimento a essas mulheres passa prioritariamente pela formação contínua dos profissionais da rede de saúde, em uma perspectiva mais ampla, que inclui outras disciplinas e campos de saberes, como segurança pública e direitos humanos. Ao mesmo tempo, a implementação dos atendimentos exige a articulação dos profissionais em espaços interdisciplinares, já que cada um tem algo com que contribuir para o atendimento e para a formação da equipe. Preservadas as especificidades e competências de cada categoria, o desafio do atendimento às mulheres em situação de violência cria a necessidade de revermos os nossos limites e somarmos forças, de modo que todos – os profissionais, em equipe ou individualmente – se tornem responsáveis. Sendo assim, é bom sabermos que:

- É fundamental que todos os envolvidos no atendimento possam desenvolver uma atitude que possibilite à mulher sentir-se acolhida.
- Só podemos avaliar a história que nos conta a mulher – com os riscos, as vulnerabilidades, os limites, as motivações e as possibilidades dela e de sua rede familiar e social – se estabelecermos um vínculo de confiança pessoal e institucional.
- Devemos fortalecer a autoestima e a autonomia da mulher, respeitando seu direito de escolha, sem que ela acredite que irá frustrar nossas expectativas e com isso comprometer a atenção que lhe dispensamos no atendimento.
- É importante que a equipe e o profissional construam com a mulher uma perspectiva gradual de mudança, singular a cada caso, na qual ela possa se apropriar dos benefícios de cuidar de sua saúde e segurança.
- Para que mudanças possam ocorrer, é preciso que a mulher saiba que é sujeito de direitos e receba informações sobre os órgãos competentes para apoiá-la e orientá-la, incluindo sugestão para que procure esses órgãos, dependendo de cada situação (delegacias

Auto-estima é um sentimento e um juízo de valor que se tem em relação a si mesmo. Expressa-se nas atitudes e nos comportamentos, podendo ser mais positivo ou negativo.

policiais, de preferência as especializadas no atendimento à mulher; institutos médicos legais; defensorias públicas; juizados e organizações não governamentais).

- As equipes e unidades de saúde devem trabalhar em rede, articuladas e constituindo novas redes intersetoriais de atenção a essas mulheres.

Lembre-se de que cada atendimento é único, assim como é única cada história de vida das mulheres que você atende. Portanto, novas dificuldades sempre surgirão, exigindo sua criatividade, disponibilidade, competências e articulações interpessoais, interprofissionais, institucionais e intersetoriais.

VIDA

Chico Buarque de Hollanda

Me lancem sinais
Arranca, vida
Estufa, veia
Me leva, leva longe
Longe, leva mais...

Conheça a letra completa da composição no site: http://chicobuarque.letras.terra.com.br/letras/

CASO "GRAVIDEZ DE DALVA"

Dalva, moradora da Comunidade Flor de Liz, 28 anos, negra, dona de casa, tendo estudado até a sexta série do ensino fundamental, com dois filhos (5 e 7 anos), está com oito semanas de gestação de seu terceiro filho. O pai é seu companheiro Antônio, com quem vive há oito anos. Dalva é natural de Sobral, no Ceará, onde se encontra o restante de sua família.

Ela começou o pré-natal no posto de saúde próximo a sua residência e, durante a primeira consulta médica, contou ao seu médico, doutor Francisco, que seu companheiro é uma pessoa boa, mas que está desempregado no momento e tem se tornado cada vez mais agressivo. Antônio agride verbalmente Dalva e também a obriga a ter relações sexuais contra vontade.

Doutor Francisco perguntou se Dalva e seu companheiro desejavam essa gravidez, e se ela usava algum método contraceptivo. Dalva informou que seu companheiro se recusa a usar camisinha e que ela já tentou se adaptar à pílula várias vezes, mas que acaba passando mal. O médico solicitou os exames de rotina de pré-natal, realizou o exame clínico, prescreveu alguns suplementos minerais e vitaminas, orientou sobre a dieta e constatou que Dalva encontrava-se em boas condições de saúde. Em seguida, o doutor Francisco encaminhou-a para o serviço social da unidade, para que Dalva recebesse as orientações necessárias, remarcando o retorno para dali a quatro semanas.

Texto para reflexão sobre o caso "Gravidez de Dalva"

Embora os números não sejam divulgados, a história de Dalva acontece com a quarta parte das mulheres que frequentemente procuram os serviços de saúde. Para compreender e intervir em situações como a que Dalva apresentou é necessário que você reflita criticamente sobre alguns conceitos e sobre o seu dia a dia de trabalho, oferecendo sugestões para a solução dos obstáculos a enfrentar.

A violência sofrida por Dalva dificilmente é identificada pela maioria dos profissionais da saúde, apesar de a violência contra a mulher ser um fenômeno universal que atinge mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, etnias, religiões, opções sexuais, condições sociais e culturais. Por que isso acontece?

A violência contra a mulher é um problema cultural, que envolve o modo como as mulheres veem a si próprias e como são vistas. Dessa maneira, existem crenças que legitimam a violência contra a mulher. Por exemplo: o modo como homens e mulheres devem se comportar no casamento e em sociedade, a hierarquia existente entre o casal, o sexo como uma obrigação conjugal, a família como um espaço sempre harmonioso e de proteção. O controle da mulher pelo homem é exercido por meio do controle do seu corpo.

O modo como organizamos os serviços de saúde, ou seja, o modo como o doutor Francisco atende as mulheres, é condicionado por suas formação profissional e vivência como pessoa, influenciado pela cultura. Nesse sentido, a forma de ver a violência contra a mulher e as estratégias de prevenção adotadas estão relacionadas com as ideias, os mitos e conceitos apreendidos nesse contexto.

Para refletir

Você é capaz de recordar momentos de sua formação profissional ou de sua vida pessoal em que refletiu sobre a violência contra a mulher? Tente se lembrar de ditados populares ou de como a mídia aborda o tema.

Violência contra a mulher como uma violência de gênero

Violência de gênero é um conceito fundamental para ajudar você a ampliar sua compreensão sobre a agressão sofrida por Dalva. É uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, em que a subalternidade não implica a ausência absoluta de poder. **Não é a diferença sexual em si mesma, mas a representação dessa diferença no âmbito do imaginário e do desempenho social construído para homens e mulheres**. No entanto, quando estivermos atendendo a uma mulher em situação de violência conjugal, devemos também considerar outros fatores de vulnerabilidade, como a sua faixa etária, além de sua raça e etnia. Esses fatores, associados a outros, como escolaridade, pouca rede social, exclusão do mercado de trabalho e condições socioeconômicas podem ser elementos que contribuem para a violência e determinam o acesso dessas mulheres à rede de saúde.

É importante observarmos que existem formas mais comuns dessa violência contra a mulher e na maioria das vezes elas se entrecruzam, como já visto no início do livro: violência física, sexual, psicológica, bem como a violência institucional e patrimonial.

O artigo "A questão de gênero no Brasil", de Jacqueline Pitanguy (2003a), pode ajudá-lo a saber mais sobre o assunto. Ele está disponível em http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/09/27/000160016_20050927102957/Rendered/PDF/33341gueseOBR0questao0de0genero.pdf

A violência perpetrada pelo homem contra a mulher, como no caso de Dalva, é um dos tipos de violência de gênero, que também pode ocorrer quando falamos de violência entre pessoas do mesmo sexo, em que é possível haver uma distribuição desigual de poder. A subordinação vivida por Dalva agrava-se em função da pouca escolaridade, da dependência econômica de seu companheiro, cujo papel de provedor encontra-se ameaçado pela situação de desemprego, e da carência de recursos sociais e familiares para romper com o ciclo da violência. A suposta superioridade masculina impõe ainda a relação sexual indesejada e a responsabilidade pelo cuidado familiar e pelo controle da fecundidade.

Desse modo, a violência contra a mulher encontra "justificativa" em normas sociais baseadas nas relações de gênero, ou seja, em regras que reforçam uma valorização diferenciada para os papéis masculino e feminino.

Por outro lado, a condição de vítima da mulher que se encontra em situação de violência reforça os estereótipos correntes de que as mulheres, nessas situações, seriam sujeitos incompletos e carentes de tutela especializada, incapazes de superar as dificuldades vivenciadas. As con-

cepções que temos sobre as capacidades e incapacidades das mulheres nas relações violentas estão no cerne de nossa escuta e abordagem dos casos que atendemos. Parte das mulheres agredidas, ao contrário do que parece indicar o senso comum, não são vítimas passivas incondicionais. Elas utilizam dispositivos para proteger a si mesmas e a seus filhos, e o que seria interpretado como passividade pode ser uma estratégia de sobrevivência ou de mudança na relação conjugal e familiar.

Lembramos aqui que geralmente existe uma dinâmica violenta envolvendo os familiares. Por isso, é importante sempre observar a postura da mulher com o companheiro e vice-versa, e a postura tanto da mulher quanto do companheiro com cada um dos filhos.

Não se pode esquecer também dos outros membros da família. Essa intrincada relação e os diferentes papéis assumidos por cada um devem ser avaliados e usados como fonte de atuação profissional durante o atendimento à mulher agredida.

Para refletir

Utilizando os conceitos abordados, faça também um balanço a respeito das situações de violência contra a mulher que você já atendeu. Que obstáculos você identificou para reconhecer essas situações?

Quais as consequências da violência contra a mulher?

Como você sabe, a violência contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos e um grave problema social e de saúde pública. Esse fato causa morte e incapacidade, com maior prevalência entre as mulheres em idade reprodutiva; acontece nas diferentes etapas do ciclo de vida; anula a autonomia da mulher e mina seu potencial como pessoa e membro da sociedade, além de provocar repercussões intergeracionais. As mulheres atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, à gravidez indesejada, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão, ao suicídio, às doenças sexualmente transmissíveis, à morte materna, ao pré-natal tardio, à gravidez na adolescência, ao aborto espontâneo, às desordens psicológicas e aos danos físicos.

As mulheres que vivem com parceiros violentos passam por dificuldades para negociar o sexo seguro (incluindo o uso de preservativo) e o uso de contraceptivos para se protegerem contra a gravidez indesejada, que acarreta famílias mais numerosas. Estima-se que o índice de gestações decorrentes de violência sexual oscile entre 1% e 5%. Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da mulher.

É interessante atentar para o seguinte fato: a gravidez é vista pela sociedade como um momento sagrado e cercado de cuidados e proteções; todavia, durante esse período, é relativamente comum a experiência da violência. E mais: em muitos casos, tem início ou aumenta de intensidade e frequência durante a gravidez. Por isso, a gravidez não pode ser considerada um fator que protege as mulheres das agressões. A violência contra a mulher pode ser duas vezes mais comum para as grávidas do que patologias como a pré-eclampsia, o diabetes gestacional, ou a placenta prévia. No entanto, a sua ocorrência permanece invisível para os profissionais da saúde. A mulher que é vítima geralmente enfrenta obstáculos para ter acesso aos serviços de saúde. Mais do que isso, esses serviços frequentemente deixam de identificar situações de violência contra a mulher, ainda que isso esteja na raiz de problemas que elas apresentem.

A gestante que é submetida à violência, em especial a sexual, antes e/ou durante a gestação pode apresentar sentimentos de desconforto, dúvida, insegurança e medo em grau mais acentuado do que as demais. Durante a gravidez, a vítima de violência pode estar mais motivada para o desejo de ser uma boa mãe, para o desejo de prevenir o abuso contra a criança e para a oportunidade de pensar sobre o futuro. Esse momento pode significar a tentativa de rompimento e/ou agravamento da situação de violência sexual vivenciada por ela. A violência contra a mulher, nesse período, traz consequências dramáticas, dentre elas a morte, inclusive a fetal. A morte materna evitável viola os direitos humanos das mulheres e se caracteriza por ser o desfecho de uma série de negligências e abusos presentes desde a infância.

Para refletir

Considerando o caso de Dalva, qual a importância de intervir nessa situação?

Qual a abordagem adequada para o caso de Dalva?

Para mais esclarecimentos sobre violência psicológica e sexual contra a mulher, leia os artigos:

- "Atitude contra a violência: protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de gênero", de Mônica Gomes de Almeida (2002). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProtocoloAtitude.pdf
- "Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro", de Ludmila Fontenele Cavalcanti, Romeu Gomes e Maria Cecília de Souza Minayo (2006). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004

A análise sobre o contexto onde se desenvolve a ação profissional, nesse caso a assistência pré-natal, é um elemento indispensável para a construção de uma abordagem resolutiva para o caso de Dalva. A consulta de pré-natal, realizada pelo doutor Francisco, é compreendida como uma atividade técnica e profilática sem, de fato, criar um vínculo e intervir no sofrimento relacionado com as violências psicológica e sexual sofridas por Dalva.

A abordagem acerca da maternidade privilegiou o inquérito em torno de sinais e sintomas de possíveis intercorrências na gravidez, a solicitação de exames, as prescrições de medicamentos e as orientações de condutas sobre o corpo, além do encaminhamento para serviços de referência na própria unidade.

As práticas de atenção às violências nem sempre são reconhecidas como objeto das intervenções dos diferentes profissionais, principalmente da categoria médica. Soma-se a esse obstáculo a dificuldade de envolvimento do profissional em questões relativas ao contexto familiar, à sexualidade feminina; portanto, nas questões de gênero. Isso faz com que o profissional reduza o impacto da sua ação e reforce a invisibilidade da violência sofrida. Não se trata de culpabilizá-lo, mas de convidá-lo a pensar sobre a complexidade que o fenômeno da violência trouxe para sua prática profissional.

Tutores de resiliência são indivíduos ou instituições que dão apoio a pessoas em situação de violência, favorecendo o desenrolar da vitimização e a ressignificação do trauma (CYRULNIK, 2004). Os tutores dão suporte por meio de afeto, convivência, processos educativos que tornem as pessoas mais resistentes e maduras para enfrentarem as dificuldades que ocorrem na vida de qualquer ser humano. O trabalho realizado pelos tutores visa fazer com que o indivíduo elabore os conflitos e retome os trilhos do desenvolvimento. Reveja o conceito de resiliência no Capítulo 4, Parte I.

O setor Saúde tem um papel fundamental a ser exercido como tutor de resiliência em uma rede de proteção às vítimas de violência. Sob essa ótica, as abordagens de atenção à violência contra a mulher devem ser implementadas de forma transversal nas políticas de saúde, com ênfase nas ações voltadas para a saúde reprodutiva, em especial o pré-natal. Esses são espaços estratégicos para trabalharmos os aspectos conceituais e práticos da promoção da resiliência de mulheres, de seus cônjuges e filhos.

Outro aspecto fundamental é o compromisso com a garantia da informação sobre saúde reprodutiva e sobre direitos da mulher, tanto nas atividades individuais quanto nas atividades em grupo da assistência pré-natal, de tal forma que sua atuação possibilite integração e participação ativa da mulher como sujeito de direito dos serviços. As ações desenvolvidas

pelos profissionais da saúde da assistência pré-natal podem constituir-se em espaço privilegiado de prevenção à violência sexual.

Lembre-se de que uma abordagem que favoreça tanto o reconhecimento quanto o acompanhamento às vítimas de violência sexual deve incluir:

- Compreensão sobre a singularidade da situação apresentada.
- Profissionais capacitados.
- Construção de vínculos de confiança que favoreçam a autonomia feminina.
- Disponibilidade de tempo dedicado ao diálogo com a paciente.
- Preocupação com a privacidade e com o sigilo.
- Registro em prontuário, permitindo a visibilidade e o acompanhamento do caso.
- Orientações voltadas à superação de situações indesejáveis para a paciente.
- Conhecimento sobre as proteções legais.
- Linguagem simplificada e favorecedora da interação e do acolhimento.
- Articulação dos serviços de emergência voltados para o atendimento às vítimas de violência sexual com grupos educativos, em uma perspectiva de integralidade.
- Encaminhamento para a rede intersetorial de serviços (centros de referência, abrigos, serviços de apoio jurídico, delegacias da mulher, organizações não governamentais, conselhos, entre outros).
- Valorização da postura interdisciplinar.
- Avaliação dos riscos vividos pela mulher e pelos filhos.
- Uso de material educativo.

Você pode saber mais sobre esse assunto por meio da leitura de livros para sensibilização sobre o tema. Alguns deles, como os de Joviana Quintes Avanci, Kathie Njaine, Renata Pires Pesce, Simone Gonçalves Assis e Suely Deslandes, são voltados para diferentes públicos-alvos: profissionais da saúde e da educação, pais e adolescentes. Leia alguns deles:

- Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde (ASSIS et al., 2006a).
- Por que é importante ajudar os filhos a "dar a volta" por cima?: conversando com pais de crianças e adolescentes sobre as dificuldades da vida (ASSIS et al., 2006a).
- Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades (ASSIS et al., 2006a).

Disponível em www.claves.fiocruz.br

Para refletir

A abordagem em situações de violência contra a mulher lhe é familiar? Procure relatar uma situação vivida no cotidiano profissional, analisando criticamente a abordagem praticada (quais os tipos de violência presentes na situação, os aspectos de saúde envolvidos, a abordagem e os encaminhamentos efetuados).

Políticas de saúde voltadas para a atenção à violência contra a mulher: um pouco de história

Para o enfrentamento de situações complexas, como a que Dalva vivencia, é requerida a implementação de diferentes políticas setoriais em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal), como saúde, segurança pública, assistência social, educação, trabalho, habitação, cultura – tanto no que se refere à rede de serviços oferecidos à população quanto à legislação disponível.

Na Parte I, Capítulo 2, falamos sobre a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Retorne a esse material para aprofundar o tema aqui tratado. Para isso, use as referências fornecidas ao longo do Capítulo 2.

Em 1998, o Ministério da Saúde criou a Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual, com o objetivo de propor e acompanhar o desenvolvimento de políticas específicas sobre o problema, vinculadas à Área Técnica de Saúde da Mulher e subordinadas ao Comitê Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência. A partir daí, também em 1998, foi publicada uma Norma Técnica denominada "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes", que vem sendo atualizada e utilizada como instrumento importante para o aprimoramento das ações de saúde. Esse documento prevê que as unidades com serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos estejam capacitadas para o atendimento aos casos de violência sexual, portanto, no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O Programa Nacional de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2003b) buscou desenvolver essa rede, articulando os serviços e também reunindo os esforços de diferentes níveis de governo, além da sociedade civil e dos movimentos sociais de mulheres. Na área da saúde, especificamente, o programa afirmou a necessidade de desenvolver ações voltadas às unidades básicas da rede pública, gerando estratégias que ressaltam a noção de violência contra a mulher como um problema de saúde pública – principalmente no contexto da saúde da mulher –, garantindo um acolhimento receptivo, procedimentos adequados e, sobretudo, atendimento integral. Reforçou, ainda, que os profissionais, homens e mulheres, devem estar capacitados para identificar a vítima de agressão, garantir uma escuta não julgadora e prestar todas as informações para que a denúncia e a posterior reparação possam ser buscadas pela vítima, se assim ela decidir.

O estabelecimento da notificação compulsória em caso de violência contra a mulher nos serviços de saúde, públicos e privados (BRASIL, 2003a), regulamentada pelo Decreto n. 5.099/04, institui os Serviços de Referência Sentinela. A Portaria n. 2.406/24, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) institui serviço de notificação e aprova o instrumento e o fluxo de atendimento (ficha de notificação compulsória de violência contra a mulher e outras violências interpessoais). Esses são instrumentos de proteção que você deve conhecer para o enfrentamento da violência contra a mulher.

Construído a partir das diretrizes definidas na 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004c) incluiu o enfrentamento à violência contra as mulheres como área estratégica. Esse plano pretende:

- implantar uma política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher;
- garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência;
- reduzir os índices de violência contra as mulheres;
- garantir o cumprimento dos instrumentos internacionais;
- e revisar a legislação brasileira de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Para aprofundar o assunto, leia o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) (BRASIL, 2004), no endereço http://www.sepm.gov.br/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), uma tradução de linhas de ação sob a perspectiva da integralidade, da visão filosófica e política preconizada pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism). Dessa política emergiram duas áreas de maior visibilidade: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (articulados ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento).

Todas essas políticas indicam um relativo avanço no que se refere à incorporação do tema da violência contra a mulher no âmbito do SUS.

As normas técnicas podem ser encontradas no documento "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes", do Ministério da Saúde (2005b) e, também, no site: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf

Para complementar seus conhecimentos sobre violência contra mulheres e adolescentes, sugerimos que você assista aos seguintes vídeos:

- *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, produzido por Três Laranjas Comunicações, coordenado pelo Instituto Promundo, com a colaboração do Instituto Noos (Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais).
- *Nem com uma flor*, documentário de Still Waters (1999), no endereço www.estacaovirtual.com
- *Artigo 2º*, produzido pelo Ecos – Comunicação em Sexualidade, disponível em http://www.ecos.org.br/videos.asp

A Norma Técnica busca organizar a atenção nos serviços públicos, normatizar os cuidados de saúde a mulheres, crianças e adolescentes que sofreram violência sexual, a anticoncepção de emergência e a prevenção de DSTs não virais, de hepatites virais e infecção pelo HIV. Também regula o acompanhamento laboratorial, o fornecimento de medicação, o apoio psicossocial e os procedimentos de interrupção da gravidez (BRASIL, 2005b). A implementação desse atendimento nos estados e nos municípios brasileiros deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

Para refletir

Com qual dos profissionais da saúde referidos no caso Dalva você mais se identificou? Pense no seu próprio modo de agir. Agora, descreva como você acredita que deva ser o atendimento a mulheres em situação de violência intrafamiliar na sua unidade e na rede de saúde de sua localidade.

Os homens e a violência: um olhar sociocultural

Antes de iniciarmos a nossa conversa, propomos que você assista ao filme *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*. Ele mostra os acontecimentos ocorridos na vida de uma família simples brasileira entre o fim de um dia de trabalho e o início do dia seguinte. Tem como foco o tema da violência que ocorre nas relações de uma família e servirá de base para toda a discussão e a avaliação desse tópico.

Para refletir

Com base no filme, reflita sobre os aspectos apresentados a seguir e, se tiver oportunidade, reúna um grupo para discuti-los.

- Fatores presentes na vida da família retratada que possam contribuir para a vulnerabilidade de seus integrantes à violência.
- Diga quais fatores são individuais, quais são relacionais, quais são comunitários e quais são sociais.
- Quais práticas sociais de prevenção à violência podem reduzir os fatores de vulnerabilidade identificados?
- A criança (que só o protagonista vê) contribuiu para melhorar a relação do casal? Em caso positivo, de que forma ela contribuiu?
- Quais tipos de violência podem ser identificados naquelas cenas de família?
- Para cada tipo de violência identificado, relacione qual a natureza da violência: física, sexual, psicológica ou por negligência.

Quando analisamos os dados epidemiológicos brasileiros sobre a violência, podemos verificar que, em geral, morrem mais homens do que mulheres em função desse tipo de problema. Por outro lado, os homens também são apontados como os principais responsáveis pela violência interpessoal, envolvendo homicídios, e agressões físicas e sexuais. Pedro Paulo de Oliveira (2004) aponta que a masculinidade surgiu no século XVIII, para estabelecer critérios mais explícitos sobre a diferenciação entre os sexos.

Para refletir

O que você entende por masculinidade? Qual o papel da família e da escola na desconstrução dos estereótipos masculinos?

Vários estudos destacam a predominância dos homens nas situações de violências. Sobre isso, leia o artigo "Homens na pauta da saúde coletiva", de Lilia Blima Schraiber, Márcia Thereza Couto e Romeu Gomes (2005), disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Se você tiver interesse em saber com surgiu a expressão masculinidade, consulte a obra A construção social da masculinidade, de Pedro Paulo de Oliveira (2004) da Editora UFMG e IUPER.

A **masculinidade**, situada no âmbito do gênero, representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera de um homem em uma determinada cultura (KEIJZER, 2003).

Perante esse cenário, podemos nos perguntar por que são os homens os principais atores envolvidos em situações de violência, tanto como agressores quanto como vítimas. Se considerarmos a questão com um olhar sociocultural, talvez cheguemos à conclusão de que isso pode ocorrer porque eles são influenciados por características de ser homem presentes em modelos culturais de masculinidades.

Em várias sociedades, na socialização dos homens, a aquisição de atributos masculinos comumente se caracteriza por processos violentos (CECCHETTO, 2004). Isso nos leva a considerar que a violência assume um papel **fundante** da própria masculinidade.

O fato de encontrarmos estudos que concluem uma forte associação entre masculinidade e violência não pode fazer com que fixemos estereótipos de que ser homem é ser violento. Devemos considerar que junto ao modelo predominante de masculinidade, presente em cada sociedade, há outros modelos alternativos para se considerar o que é ser homem. Nessas alternativas de masculinidade, a violência pode não ser preponderante. Por outro lado, mesmo tratando-se de características de ser homem – predominantes em uma determinada cultura –, há os aspectos subjetivos. Em outras palavras, individualmente os homens podem atribuir diferentes sentidos aos padrões de masculinidade.

Outro aspecto importante a ser considerado na discussão é que a masculinidade é uma das referências de identidade para os homens. Junto a ela, existem outras, como classe social, raça/etnia e grupo etário. Nesse sentido, o status de ser homem também é influenciado pela classe social em que ele se situa, pela etnia/raça a que se filia e pelo momento de vida por ele vivenciado.

Muitas vezes, na convivência entre homens, mesmo havendo diferentes sentidos do que é ser masculino, eles costumam seguir os padrões predominantes de masculinidade para receberem o atestado de homem e não serem questionados.

Apesar de todas as mudanças, como assinala Gomes (2003b), ainda persiste entre os homens um discurso do senso comum que toma como referência de masculinidade padrões tradicionais, como poder, agressividade, iniciativa e sexualidade incontrolada, para a construção de suas identidades.

Nas vivências masculinas que envolvem interação, o consensual sobre o que é masculino se reproduz continuamente, modelando as condutas e os comportamentos. Mas isso não significa que haja um só padrão de masculinidade a ser seguido.

Na realidade, existem masculinidades que convivem com a que podemos chamar de masculinidade hegemônica. "O modelo de masculinidade hegemônica é um modelo ideal, dificilmente seguido por todos os homens, mas que tem ascendência sobre outros modelos" (CECCHETTO, 2004, p. 67).

A dominação e a heterossexualidade costumam ser os eixos que estruturam a masculinidade hegemônica. Nesse modelo, dentre as suas principais características, destacam-se as seguintes: a força; o poder sobre os mais fracos (seja sobre as mulheres ou sobre outros homens); a atividade (entendida como o contrário de passividade, inclusive sexual); a potência; a resistência; e a invulnerabilidade.

Welzer-Lang (2001) observa que na educação dos meninos, ocorrida nos espaços masculinos – entendidos como lugares de homossociabilidade –, costuma-se inculcar nos pequenos homens a ideia de que, para ser um (verdadeiro) homem, eles devem combater os aspectos que poderiam fazê-los ser associados às mulheres.

Esses espaços – como pátios de colégios, clubes esportivos, bares, prisões, entre outros – não estão presentes apenas na infância dos homens, mas em todas as fases de sua vida.

Gomes (2003b) observa que, em algumas sociedades, surgiram tensões entre homens no sentido de conciliar padrões tradicionais de manutenção do poder do macho no âmbito das relações íntimas e a possibilidade de se viver uma sexualidade associada à afetividade em uma relação igualitária. Essas tensões foram interpretadas como a "crise masculina". Segundo o autor, independentemente do fato de existir ou não uma crise da masculinidade, não se pode desconsiderar que, junto aos resquícios dos padrões tradicionais, vislumbra-se a possibilidade de se pensar a sexualidade masculina a partir de outros referenciais.

No senso comum, a masculinidade costuma ser mecanicamente associada à violência. Isso ocorre de uma forma tão recorrente que fica parecendo que o uso da força física faz parte da essência de ser homem. Considerarmos a violência como característica da masculinidade é bem diferente de acharmos que o homem é naturalmente violento. A "naturalização" da violência masculina tem sido bastante criticada, uma vez que pode nos remeter a uma redução do problema no campo biológico. Atualmente, o que predomina nos estudos sobre gênero é a ideia de que as diferenças de comportamento entre os sexos não se explicam apenas por diferenças biológicas. Como nos aponta Cecchetto (2004), o uso da violência física em determinados contextos culturais pode ser simbolicamente valorizado e, em outros, pode ser repudiado, denotando fraqueza e inferioridade.

Características da masculinidade hegemônica, como a força e o domínio, nos ajudam a compreender a violência tão presente nas relações homens-homens e homens-mulheres. Ao compreendermos tal fato, observaremos que a violência masculina não se reduz aos atos físicos; tampouco se revela de uma forma explícita. Nesse sentido, destacamos que há níveis de violência psicológica nas relações entre os gêneros e também ocorrem atos nessas relações que – embora não sejam reconhecidos como violência – violam o ser humano.

Por último, trazemos à reflexão as ideias de Bourdieu (1999), que chama a atenção para o fato de que, no cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Os homens, sem perceberem,

também são vítimas da própria dominação masculina. Assim, no fato de constantemente terem que atestar a sua virilidade, mesclada com a violência, os homens vivem a tensão e a contensão. E, nesse processo de testagem, aquilo que é tido como "coragem" pode ser enraizado numa covardia, ou seja, pode se basear no medo "viril" de ser excluído do mundo dos "homens".

A virilidade, como se vê, é uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino, e construída, primeiramente, dentro si mesmo (BOURDIEU, 1999, p. 67).

Para refletir

Uma cena do cotidiano

Na esquina de uma rua pouco movimentada, três rapazes de porte atlético riem de uma piada que um deles acaba de contar. No outro lado da mesma rua, dois jovens conversam amavelmente. Em determinado momento da conversação, um desses dois jovens acaricia o rosto do outro. Ao perceberem essa cena dos dois jovens, os três rapazes param de rir, se entreolham com um certo pasmo. Em seguida, como que de uma forma mecânica, atravessam a rua e começam a espancar os dois jovens.

Quais explicações podem ser apontadas para a reação violenta dos três atléticos rapazes?

De que maneira essa cena do cotidiano pode ser abordada pela área da saúde em geral, visando à promoção da saúde masculina?
Cite outras situações ligadas à masculinidade que você tenha vivenciado como profissional da saúde ou procure conhecer algumas com seus colegas de trabalho.

Grupos reflexivos de gênero: espaços de reconstrução do masculino

Por que trabalhar com os homens?

As ações de prevenção terciária da violência intrafamiliar e de gênero foram centradas, tradicionalmente, em ações de proteção e apoio às vítimas e unicamente de punição para os autores da violência. Esse modo de atuação reflete um reducionismo a fatores individuais, sejam biológicos ou intrapsíquicos, na compreensão das causas da violência e não abarca sua complexidade. Por essa via resta ao autor da violência somente a punição

ou um tratamento. Todo o campo relacional e cultural fica relegado ao esquecimento ou à sua evolução "natural", como se não nos coubesse nenhuma ação. Como assinala o *Relatório mundial sobre violência e saúde:*

> A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitar a violência (KRUG et al., 2002, p. 12).

Ao levar em conta essa complexidade, colocar os homens em foco torna-se uma necessidade nas políticas públicas de prevenção à violência.

E, nesse caminho, disponibilizar um serviço que atenda aqueles que cometeram violência nos seus relacionamentos íntimos aumenta as chances de prevenir novos atos de violência – na mesma relação ou em novos relacionamentos em que venham a se envolver.

Dar atenção aos homens que cometeram violência não significa retirar deles a responsabilidade por seus atos. Podemos pensar a violência fazendo uma distinção entre ato e processo. Um ato de violência tem um autor e uma vítima, mas o processo pelo qual aquele ato tornou-se possível tem a participação de todos que fazem parte daquele contexto. Se quisermos ter ações eficazes e efetivas de prevenção desse fenômeno, devemos olhar tanto para o ato quanto para o processo. O autor do ato deve ser responsabilizado e responder por isso, e a vítima do ato deve ser cuidada e protegida, mas é preciso oferecer aos dois, e a outros diretamente envolvidos, a possibilidade de um espaço de reflexão sobre o processo – a dinâmica relacional que tornou o ato possível – para que se evite a reincidência e a cristalização de papéis (ZUMA, 2004).

Uma das queixas mais frequentes dos homens sobre seus relacionamentos com as mulheres diz respeito à violência psicológica delas: "se o homem tem o braço, a mulher tem a língua". São inúmeras as descrições de humilhações, desqualificações e comparações com outros homens que atingem a autoestima e promovem sentimentos de mágoa e frustração.

A maioria dessas desqualificações cobra dos homens um desempenho de acordo com os rígidos esquemas de gênero em que toda a sociedade (homens e mulheres) está imersa. Por exemplo, dizer que ele não está sendo homem o bastante, quando não traz dinheiro para casa.

No filme já citado *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, vemos a importância da violência psicológica que o homem vivencia nas relações interpessoais. Outros materiais sobre o tema podem ser obtidos no site www.noos.org.br, do Instituto Noos.

Descrever a relação entre violência e masculinidade sob uma perspectiva sociocultural e, portanto, desnaturalizá-la, nos torna potentes para transformar o modelo hegemônico de masculinidade, dando voz e vez a outras masculinidades possíveis. Considerar fatores culturais promove a incorporação de práticas que levem à reflexão sobre valores e ao que eles geram em termos de condutas. Seja sob o recorte étnico, de gênero, de orientação sexual, de geração, de nível de educação formal ou de poder de compra, todos participamos – ora de um lado, ora de outro – dessa cultura da hierarquização, da dominação, da submissão, da desconfiança e do controle; da luta e da competição; dessa cultura patriarcal, na qual o mundo é dividido entre senhores e servos ou entre os que têm ou não direitos. Nesse sentido, refletir sobre os valores do patriarcado tem-se mostrado potente instrumento de transformação.

Os grupos de reflexão

Os grupos reflexivos de gênero com homens autores de violência são espaços onde ocorrem conversas sobre temas escolhidos pelo próprio grupo ou propostos pelos facilitadores. De um modo geral, são encontros com cerca de duas horas de duração, com frequência semanal, no espaço de 20 semanas. São grupos fechados, isto é, depois do terceiro ou quarto encontro não é possível entrar novo participante, e os membros do grupo estabelecem regras de como querem agir em relação às faltas e aos atrasos de seus participantes. São utilizados, geralmente, alguns deflagradores de conversa para iniciar a discussão sobre o tema do dia. Esses deflagradores podem ser uma dinâmica corporal, uma dinâmica com técnicas narrativas, uma brincadeira ou outras possibilidades, dependendo da criatividade dos facilitadores e dos demais participantes (ACOSTA; ANDRADE; BRONZ, 2004).

Os homens que frequentam os grupos vêm de forma espontânea, encaminhados por serviços de saúde, serviços de atenção à mulher – incluindo a Delegacia Especial de Atenção à Mulher –, serviços de assistência social e projetos sociais, ou mesmo por amigos que já frequentaram o grupo. Alguns pedem para fazer de novo o ciclo de 20 encontros; sentem-se beneficiados por participarem de um espaço de conversa, onde, diferentemente de outros espaços exclusivamente masculinos, não precisam exaltar suas características de conquistadores – fortes, destemidos e vitoriosos. Podem falar de suas vulnerabilidades, inabilidades e de seus medos. Mas não é nenhum espaço idílico, sem conflitos; ao contrário, há muitos embates sobre valores e condutas. Nesse sentido, é também

um espaço de aprendizado, onde se reconhece que as diferenças individuais geram conflitos, que eles são inerentes à convivência, mas que podemos encontrar formas não violentas de lidar com eles. A violência é uma forma de resolver conflitos, mas é uma forma que traz consequências muito ruins para a saúde das pessoas e dos relacionamentos. Cabe aqui ressaltar que a maioria dos homens hoje autores de violência, que frequentam os grupos, foram vítimas ou testemunhas de violência intrafamiliar quando crianças ou adolescentes, como demonstram outros estudos (ACOSTA; BARKER, 2003).

Os grupos reflexivos de gênero podem ser utilizados também como ação de prevenção primária, quando, por exemplo, são oferecidos nas escolas, aos jovens, como atividade de complementação curricular. Como nos diz Humberto Maturana (1995):

> Do mesmo modo que viver no conversar constitui o mundo particular que vivemos, o viver no conversar nos permite mudar de mundo quando entramos na reflexão sobre nosso viver. A reflexão é uma operação na linguagem que trata a própria circunstância como um objeto que se olha e se pondera, e sobre a qual se pode atuar. [...] A reflexão é o ato máximo de liberdade e, de certo modo, o dom máximo do viver humano.

Para refletir

Você já participou, como profissional da saúde, de grupos reflexivos de gênero? Avalie sua experiência.

Caso não tenha participado, procure profissionais que tenham a experiência e converse com eles.

Como eles veem esse trabalho? Quais são as dificuldades e as formas de atuação?

Na forma de grupos fechados, sistematizados, voltados para um recorte da população masculina ou na forma de oficinas pontuais, abertas, com flexibilidade de público, os grupos reflexivos de gênero cumprem o objetivo de oferecer um espaço de reflexão coletiva sobre a identidade masculina e sua construção, suas dores e delícias, sobre as condutas geradas por essas construções e suas consequências, e de abrir espaço para um projeto de futuro, ao propor a pergunta: que homens queremos ser?

Para refletir

O que você pensa sobre a utilização dos grupos reflexivos de gênero como recurso para encaminhamento dos homens que cometeram violência contra suas companheiras?

Em sua opinião, o que deveria ser tratado nos grupos de reflexão de homens envolvidos com a violência?

E como deveriam ser desenvolvidos tais grupos?

- Relações heterossexuais são constituídas pela vivência da afetividade e sexualidade com pessoas do sexo oposto.
- Relações homossexuais são aquelas com pessoas do mesmo sexo.
- Relações bissexuais são caracterizadas pela inclusão no relacionamento de contatos afetivo-sexuais com ambos os sexos.

Homofobia é violência!

Uma forma de violência baseada nas questões de gênero é a homofobia, caracterizada pela discriminação contra pessoas que tem **comportamentos sexuais homossexuais**. Segundo a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), homofobia "pode ser definida como o medo, a aversão, ou o ódio irracional aos homossexuais: pessoas que têm atração afetiva e sexual para pessoas do mesmo sexo" (http://www.abglt.org.br/port/homofobia.php).

UM CASO DE HOMOFOBIA

Um casal de homossexuais foi agredido de madrugada em frente a um restaurante em uma rua movimentada de uma grande cidade brasileira. Pedro (37 anos) e seu namorado Rodrigo foram espancados. Um deles teve a perna quebrada e o lábio aberto por causa dos socos. O casal estava com uma amiga no restaurante. Ela foi assediada por dois homens. Segundo Pedro, os agressores, com idades entre 25 e 30 anos, voltaram a assediar a moça e começaram a provocar ele e o namorado em um posto de combustíveis próximo ao bar, chamando-os de "viados". Pedro, então, pediu que eles parassem com as provocações e atravessou a rua, em direção à sua casa. Os dois agressores, então, foram atrás do casal e continuaram as provocações.

A história de Pedro e Rodrigo ilustra um episódio de violência contra homossexuais, aspecto frequente na sociedade brasileira, que merece ser reconhecido como tal e prevenido em todas as esferas da sociedade. Borges e Meyer (2008) informam que no Brasil a violência por discriminação sexual mata em torno de 150 pessoas por ano e Junqueira (2007) afirma que o país é o campeão mundial de assassinatos contra aqueles considerados das sexualidades não hegemônicas (média brasileira de um assassinato a cada três dias). Carrara e Vianna (2004) analisaram

assassinatos de homossexuais e o papel da justiça, constatando que os homicídios contra homossexuais ocorridos no Rio de Janeiro ocorreram com requintes de crueldade e humilhações; os determinantes de classe social, nível educacional, local de moradia e nível econômico explicam o desenvolvimento dos processos na justiça.

A **identidade sexual** é o conjunto de características sexuais que diferenciam cada pessoa das demais e que se expressam pelas preferências sexuais, sentimentos ou atitudes em relação ao sexo. É o sentimento de masculinidade ou feminilidade que acompanha a pessoa ao longo da vida. Nem sempre está de acordo com o sexo biológico ou com a genitália da pessoa.

Orientação sexual é a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa sente pela outra. Varia desde a homossexualidade exclusiva até a heterossexualidade exclusiva, passando pelas diversas formas de bissexualidade. Os psicólogos não consideram que a orientação sexual seja uma opção consciente, ou seja, que possa ser modificada por um ato da vontade.

Classificação de homossexualidade, segundo padrão de conduta e/ou identidade sexual:

- **HSH**: sigla da expressão "Homens que fazem Sexo com Homens". Utilizada principalmente por profissionais da saúde, na área da epidemiologia, para referirem-se a homens que mantêm relações sexuais com outros homens, independente destes terem identidade sexual homossexual.
- **Homossexuais**: são aqueles indivíduos que têm orientação sexual e afetiva por pessoas do mesmo sexo.
- **Gays**: são indivíduos que, além de se relacionarem afetiva e sexualmente com pessoas do mesmo sexo, têm um estilo de vida de acordo com essa sua preferência, vivendo abertamente sua sexualidade.
- **Bissexuais**: são indivíduos que se relacionam sexual e/ou afetivamente com qualquer dos sexos. Alguns assumem as facetas de sua sexualidade abertamente, enquanto outros vivem sua conduta sexual de forma fechada.
- **Lésbicas**: terminologia utilizada para designar a homossexualidade feminina.
- **Transgêneros**: terminologia utilizada que engloba tanto as travestis quanto as transexuais. É um homem no sentido fisiológico, mas se relaciona com o mundo como mulher.
- **Transexuais**: são pessoas que não aceitam o sexo que ostentam anatomicamente. Sendo o fato psicológico predominante na transexualidade, o indivíduo identifica-se com o sexo oposto, embora dotado de genitália externa e interna de um único sexo.

Fonte: Conselho Nacional de Combate à Discriminação (2004).

A partir da década de 1980, no Brasil, a luta pelos direitos humanos de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais se destaca, com a multiplicação de associações e grupos ativistas. Na esfera das políticas públicas, nacional e internacionalmente o debate sobre homofobia despontou recentemente. O tema da discriminação com base na orientação sexual foi suscitado pelas Nações Unidas na Conferência Mundial de Beijing, realizada em 1995. Todavia, o debate sobre a não discriminação com base na orientação sexual foi retomado de forma organizada mais tardiamente, durante a preparação da Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, realizada em Durban, África do Sul, em 2001.

O Brasil levou o tema para a Conferência Regional das Américas, realizada em Santiago do Chile, em 2000, preparatória para a Conferência de Durban. A Declaração de Santiago compromete todos os países do continente americano com o tema da orientação sexual entre as bases de formas agravadas de discriminação racial e exorta os Estados a preveni-la e combatê-la.

Para saber mais acesse:

- Brasil Sem Homofobia. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT, em http:// www.abglt.org.br/port/index.php

Durante a Conferência Mundial de Durban, o Brasil propôs a inclusão do tema orientação sexual entre as formas de discriminação que agravam o racismo e foi apoiado por várias delegações. Todavia, a discussão não foi incorporada ao texto final da Declaração de Plano e Ação da Conferência de Durban. Ações vêm sendo implementadas no Brasil desde então, tais como o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II, 2002) (http://portal.mj.gov.br/sedh/pndh/index.htm), que inclui ações a serem adotadas pelo governo brasileiro para o combate à discriminação por orientação sexual, e para a sensibilização da sociedade para a garantia do direito à liberdade e à igualdade de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais. Também vale a pena destacar a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação em 2001 e o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania de Homossexuais, Brasil sem Homofobia (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004).

Para refletir

O que você pensa sobre a homofobia? No seu serviço, você já atendeu situações que envolvem a homofobia?

Para consolidar seus conhecimentos

Considerando as violências cometidas nas relações de gênero e levando em conta a realidade local, reflita e responda às seguintes questões:

1. Como os serviços de saúde podem participar na prevenção da violência de gênero em sua comunidade?

2. Quais estratégias podem ser desenvolvidas especificamente para o envolvimento de mulheres em ações que visam à prevenção da violência?

3. Quais estratégias podem ser desenvolvidas especificamente para o envolvimento de homens em ações que visam à prevenção da violência?

4. Quais estratégias podem ser desenvolvidas conjuntamente com homens e mulheres para o envolvimento da comunidade em ações que visam à prevenção da violência?

5. Quais estratégias podem ser desenvolvidas para atuar perante a homofobia, a partir do atendimento oferecido em seu serviço?

Referências

ACOSTA, F.; ANDRADE, F. A.; BRONZ, A. *Conversas homem a homem*: grupo reflexivo de gênero: metodologia. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004.

ACOSTA, F.; BARKER, G. *Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva*: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2003.

ALMEIDA, M. G. *Atitude contra a violência*: protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva pra mulheres em situação de violência de gênero. [S.l.: s.n.], 2002.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos*: a formação da autoestima na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

ASSIS, S. G. et al. *Porque é importante ajudar os filhos a "Dar a volta" por cima?*: conversando com pais de crianças e adolescentes sobre as dificuldades da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz /ENSP: CLAVES: CNPq, 2006b.

ASSIS, S. G. et al. *Resiliência na adolescência*: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades. Rio de Janeiro: Fiocruz /ENSP: CLAVES: CNPq, 2005.

ASSIS, S. G. et al. *Superação de dificuldades na infância e adolescência*: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz /ENSP: CLAVES: CNPq, 2006a.

BORGES, Z. N.; MEYER, D. E. Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. *Ensaio*: avaliação e políticas públicas na educação, Rio de Janeiro, v.16, n.58, p. 59-76, jan./mar. 2008.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: B. Brasil, 1999.

BRASIL. *Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=225310>. Acesso em: 5 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.406, de 5 de novembro de 2004*. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/.arquivos/portaria_ms_2406_integra_2004>. Acesso em: 5 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos*: uma prioridade do governo. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*: norma técnica. 2. ed. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar*: orientações para prática em serviço. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Participação do Brasil na 29ª sessão do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher - CEDAW*. Brasília, 2004.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, 2004c.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher*: plano nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/spmulheres/ct/livro.pdf>. Acesso em: 10 maio 2006.

BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. *Uma vida sem violência é um direito nosso*. Brasília, DF, 1998.

BUVINIC, M.; MORRISON, A. R.; SHIFTER, M. Violência nas Américas: um plano de ação. In: MORRISON, A. R.; BIEHL, M. L. (Org.). *A família ameaçada*: violência doméstica nas Américas. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p. 19-48.

CARDOSO, N. M. B. Mulheres em situação de violência conjugal: incidência, conceitos, fatores associados e consequências da violência. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 4/5, p. 69-80, 1996.

CARRARA, S. L.; VIANNA, A. R. B. As vítimas do desejo: os tribunais cariocas e a homossexualidade nos anos 1980. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. L. (Org.). *Sexualidade e saberes*: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CAVALCANTI, L. F. *Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual*: representação e práticas dos profissionais de saúde. 2004. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 31-39, 2006.

CAVALCANTI, M. L. T. *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família*: dificuldades e potencialidades. 2002. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CECCHETO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO (Brasil). *Brasil sem homofobia*: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORRÊA, S. Violência de gênero como questão de direitos humanos e desafio de política pública. In: COSTA, D. M. (Org.). *Gênero e mercocidades brasileiras*: violência contra a mulher. Rio de Janeiro: IBAM/ISER, 2003. p. 143-158.

CRESPO, V.; REZENDE, L. S. *Assédio moral*: entre o amor e a perversidade. Rio de Janeiro: Bruxedo, 2004.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: M. Fontes, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 129-137, 2000.

DREZZET, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. 2000. Tese (Doutorado) - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000.

FAÚNDES, A. Assistência integral à mulher vítima de violência sexual. *Jornal da FEBRASGO*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 4-5, 2000.

FERNÁNDEZ ALONSO, M. C. Violencia doméstica: reto y compromiso para el médico de familia. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 32, p. 193-194, 2002.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 146-155, 1994. Suplemento 1.

GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.(Org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a. p. 199-222.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003b.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 117-140.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Sexualidade*: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 40-58.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. *Como acabar com a violência contra as mulheres*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health/Population Information Program, 1999.

JUNQUEIRA, R. O reconhecimento da diversidade sexual e a problematização da homofobia no contexto escolar. In: SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE: DISCUTINDO PRÁTICAS EDUCATIVAS, 3., 2007, Rio Grande. *Anais*... Rio Grande: Ed. da FURG, 2007.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C. F. et al. (Ed.). *La salud como derecho ciudadano*: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, 2003. p. 137-152.

KRUG, E. G. et al. (Ed.) *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LIMA, C. A. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MATURANA, H. Biología y violencia. In: CODDOU, F. et al. *Violencia*: en sus distintos ámbitos de expresión. Santiago de Chile: Dólmen, 1995.

MENDES, C. H. F. *Vozes do silêncio*: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade feminina. 2005. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, P. P. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

PITANGUY, J. *A questão de gênero no Brasil. Brasília*: Banco Mundial, 2003a.

PITANGUY, J. Violência de gênero e saúde: interseções. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo e vida*. Campinas: Unicamp, 2003b. p. 319-335.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Controle social*: uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres. Brasília, 2002.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. A presença da mulher no controle social das políticas de saúde. In: CAPACITAÇÃO DE MULTIPLICADORAS EM CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE. *Anais da*... Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos*: dossiês. São Paulo, 2001.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Violência de gênero contra meninas*: dossiê. Porto Alegre, 2005a.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Violência doméstica ou intra-familiar*: exploração sexual e comercial: dossiê. Porto Alegre, 2005b.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Violência institucional por ação ou omissão*: dossiê. Porto Alegre, 2005c.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. In: SAFFIOTI, H. I. B.; VARGAS, M. M. *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1995. p. 151-185.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: *interfaces* com a saúde. Interface, São Paulo, n. 3, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 36, p. 470-477, 2002.

SOARES, B. M. *Mulheres invisíveis*: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. *Violência sexual no Brasil*: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

TRAJANO, A. J. B. et al. Gravidez e sexualidade: medo e desejo: estudo qualitativo com puérperas em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, n. 108, p. 395-403, 1998.

VIOLÊNCIA contra a mulher: um guia de defesa, orientação e apoio. Rio de Janeiro: CEPIA: CEDIM, 2004.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 2, p. 460-482, 2001.

ZUMA, C. E. *A violência no âmbito das famílias*: identificando práticas sociais de prevenção. 2004. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão de Iniciativas Sociais) – LTDS, COPPE, UFRJ, SESI/DN, Rio de Janeiro, 2004.

8. Violência contra a pessoa idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência

Edinilsa Ramos de Souza e Amaro Crispim de Souza

"Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo" (CONFÚCIO, 551 a.C. – 479 a.C.).

Este capítulo objetiva refletir sobre a velhice – o último ciclo da vida – e suas relações com a violência. Nele, inicialmente, procuramos definir o que é ser velho e compreender o envelhecimento com base em suas diferentes dimensões, em um processo que se constitui por características individuais, mas que também é social, histórico e cultural. Em seguida, abordamos as violências que são cometidas contra as pessoas idosas, buscando identificar os fatores de risco e de proteção a elas relacionados. Por fim, destacamos a prevenção da violência nessa fase da vida, enfatizando a importância das redes de apoio social.

O que é ser velho?

Iniciamos esta reflexão com uma pergunta porque conceituar a velhice e o processo de envelhecimento é algo extremamente complexo. A compreensão do que é ser velho e do que é a velhice varia no tempo e no espaço, e expressa traços característicos da cultura local. De uma forma geral, podemos afirmar que "a velhice é apropriada e elaborada simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, a partir de fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social" (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 14).

A definição etária para identificação da velhice varia muito entre os países e culturas, apresentando uma forte ligação com o grau de desenvolvimento socioeconômico, a expectativa de vida e as taxas de natalidade da população. Nas sociedades mais desenvolvidas socioeconomicamente, com grande parcela de pessoas idosas, elevada expectativa de vida e garantia dos direitos básicos à sobrevivência há uma visão particular sobre o que é ser velho e envelhecer. Essa concepção será diferente em outra sociedade constituída majoritariamente por jovens, cuja população tem baixa expectativa de vida e os direitos básicos à saúde, educação e habitação ainda não estão garantidos. Além disso, também contribui para percepções diferenciadas a forma como as sociedades foram historicamente se organizando e construindo seus valores culturais, sobretudo em relação à família e aos seus idosos. Portanto, para compreender tais processos é necessário situar o idoso em um meio específico, verificando até que ponto e em que medida os contextos contribuem para sua saúde ou doença.

No Brasil, por exemplo, o processo de envelhecimento da população ocorreu de forma muito acelerada, fazendo com que a esperança de vida ao nascer quase dobrasse em poucas décadas. Se compararmos o mesmo fenômeno ao ocorrido nos países europeus, podemos perceber que nestes o envelhecimento de sua população vem acontecendo de forma gradual ao longo dos últimos 140 anos.

> É importante ressaltar que o envelhecimento da população não é um fenômeno exclusivo da Europa e do Brasil. Veras (2002) destaca que a esperança de vida cresceu mundialmente cerca de trinta anos no último século, sobretudo para as mulheres, o que contribui para constituir uma feminização da velhice, tendo em vista que muito mais mulheres alcançam essa fase da vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Rede Internacional de Prevenção de Abusos em Pessoas Idosas (INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE, 2002) estimam que a população mundial de idosos, em 2025, será o dobro da atual, somando 1,2 bilhão de pessoas. Minayo (2003) pontua que, embora os idosos formem um grupo proporcionalmente maior nos países desenvolvidos, é nas nações subdesenvolvidas e em desenvolvimento que ele mais cresce, exigindo políticas públicas e ações sociais específicas de proteção, cuidado e atenção.

A OMS teve um papel fundamental na sensibilização para as questões envolvidas no processo de envelhecimento da população mundial. A organização define como idosa a pessoa com 60 ou mais anos para países em desenvolvimento e com 65 anos para países desenvolvidos. No Brasil, é considerada idosa a pessoa com mais de 60 anos independentemente do sexo. Segundo dados do DATASUS, essa parcela representava 10,1% da população em 2009, constituindo um grupo de 19.428.086 pessoas.

As dimensões do envelhecimento

A velhice pode ser definida como um processo biológico constituído pela capacidade orgânica e mental para responder às necessidades da vida cotidiana, e pela motivação para continuar buscando novos objetivos e novas conquistas. Esse processo pode ser reconhecido por sinais internos e externos do corpo que podem ser abordados por meio de distintas dimensões (BEAUVOIR, 1990).

Assim, do ponto de vista individual, as características pessoais, genéticas e de personalidade podem favorecer ou dificultar a adaptação das pessoas a esta nova fase da vida. Isto nos introduz na **dimensão psicológica** do envelhecimento, que se pode expressar por uma inadequação entre o processo biológico de envelhecer e as exigências do meio em que a pessoa vive. As angústias vividas nesta tentativa de se adequar à nova realidade podem provocar transtornos emocionais, como medo, fobia e isolamento social diante da desvalorização da velhice pela sociedade. Contribuem para a ocorrência de rupturas da trajetória psíquica e afetiva acontecimentos vitais ou modificações fisiológicas como:

- privações sensoriais e comprometimento da motricidade resultantes de doenças, gerando limitações e incapacidades;
- a aposentadoria, que pode tornar o idoso, material e financeiramente, dependente de sua família e de outras pessoas;

- privações sociais: com a diminuição do seu dinamismo, ocorre uma propensão à introversão e as situações de isolamento social favorecem o aparecimento de medos, angústias e solidão;
- acontecimentos dolorosos como rupturas com o trabalho, perda de amigos e familiares que morrem, entre outras situações que contribuem para seu isolamento e solidão;
- permanência em albergues ou hospitais, levando à perda do seu referencial domiciliar e da sua subjetividade.

A forma como a sociedade se apropria do processo de envelhecimento revela a **dimensão social** deste fenômeno. É comum que com o avançar da idade a pessoa tenha seu ambiente alterado seja por rupturas com o trabalho, com amigos e familiares, seja por mudanças no domicílio ou outras. Essas mudanças podem revelar a diminuição do dinamismo, a negação das vontades e da subjetividade do idoso, o que promove processos de introversão e isolamento social, favorecendo o aparecimento do medo, da angústia e da solidão.

As características biológicas e psicológicas não são independentes dos contextos socioculturais, o que significa que as pessoas enfrentarão limitações físicas, psicológicas e barreiras sociais que podem limitar seus horizontes, tendo como pano de fundo preconceitos e estereótipos que acarretam desrespeito e falta de cuidado em maior ou menor grau, em função do espaço social onde estejam inseridas.

A velhice pode ser entendida como um ponto do ciclo da vida orgânica e social e o idoso é aquele que tem sinais de senilidade e incapacidade física e mental.

Portanto, a visão que se tem desse segmento populacional pode se basear em paradigmas negativos, no qual o idoso é dependente e vulnerável em termos econômicos, de saúde e de autonomia, sem possuir mais qualquer papel social, e a velhice é vista como sinônimo de perdas. Essa visão, embora negativa, orientou algumas políticas públicas no Brasil, dirigidas à promoção de direitos sociais e à universalização da aposentadoria.

Os primeiros marcos legais relacionados com a garantia de direitos dos idosos no Brasil datam de 1891, quando a Constituição federal fez referência à aposentadoria por invalidez e não por idade (RAMOS, 2002). Somente a partir de 1934 a legislação passou a contemplar a aposenta-

doria por idade, sendo este benefício ofertado em razão de o idoso ser considerado vulnerável e dependente. No entanto, apenas a partir de 1980 esta visão sobre o idoso começa a mudar, seguindo a influência dos debates internacionais sobre a entrada de novas estratégias e políticas para os idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Na Constituição brasileira de 1988 foi introduzido o conceito de seguridade social, e a responsabilidade sobre o idoso é dividida entre a família, a sociedade e o Estado, os quais devem assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Entre os direitos sociais garantidos aos idosos atualmente está a gratuidade nos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos, o atendimento preferencial em todas as instituições, e o benefício de prestação continuada às pessoas maiores de 65 anos com renda familiar per capita inferior a ¼ do salário mínimo (CAMARANO; PASINATO, 2004). No Brasil, o salário mínimo desde janeiro de 2012 é de R$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais), ou U$ 359,53 (cotação em 10 de fevereiro de 2012).

O quadro a seguir apresenta uma síntese cronológica recente das principais políticas direcionadas especificamente aos idosos no Brasil.

Quadro 1 – Cronologia das principais políticas direcionadas aos idosos no Brasil

Ano	Política
1994	Lei 8.842 institui a Política Nacional do Idoso, que cria o Conselho Nacional do Idoso
1999	Portaria 1.395 institui a Política Nacional de Saúde do Idoso
2002	Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento aprovado na II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas
2003	Lei 10.741 institui o Estatuto do Idoso. Nos artigos 19 e 57 desta Lei é responsabilidade dos profissionais de saúde e instituições notificarem os casos de abuso aos Conselhos do Idoso (municipais, estaduais ou federais)
2005	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa pela Subsecretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, para o período 2005–2006
2006	Portaria 2.528 atualiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
	1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, com criação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Renadi)
2007	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, para o período 2007 a 2010
2009	Decreto n. 6.800 dá nova redação ao artigo 2º. da Política Nacional do Idoso, que define as atribuições da Secretaria Especial de Direitos Humanos
2010	2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
2011	3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

A construção desse conjunto de marcos legais vem implementando, na realidade brasileira, um processo de mudança na abordagem da velhice com o objetivo de transformar a última fase da vida num momento propício para novas conquistas e busca de satisfação pessoal. Esta **dimensão ética** visa resgatar o idoso como possuidor de uma vida ativa, de uma identidade que busca criar uma nova imagem na qual o envelhecimento é considerado uma conquista social. O idoso é aquele que tem disponibilidade para o consumo, que contribui com a família, a sociedade e o desenvolvimento econômico. Tais mudanças conferem ao idoso um protagonismo econômico e social na família, assumindo, muitas vezes, o papel de único provedor ou provedor majoritário do sustento do grupo familiar, o que deve ser estudado com mais profundidade, pois pode se constituir em fator de risco importante, como poderá ser visto ainda neste capítulo.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), no ano de 2000, 42,8% das pessoas com 60 anos ou mais tinham um rendimento mensal de um salário mínimo. Apesar de a renda dos idosos brasileiros ter aumentado entre os anos de 1991 e 2002, ainda é possível afirmar que as condições socioeconômicas deles refletem a desigualdade social existente no país, e que a pobreza na velhice é apenas uma dentre as várias expressões dessa desigualdade, agravada por um ainda precário sistema de proteção social.

Os dados do IBGE referentes ao ano de 2000 apontam que quase seis milhões de idosos têm filhos e outros parentes sob sua responsabilidade. Foi também identificado o crescimento do número de netos e bisnetos que vivem sob a custódia dos avós, sendo, na maioria das vezes, cuidados e sustentados por eles. Em 1991, eram 2,5 milhões de netos e bisnetos, passando para 4,2 milhões, em 2000. Tal fenômeno pode contribuir positivamente no que concerne ao diálogo e à solidariedade entre as gerações, desde que o idoso não seja explorado e possa ser visto como alguém que tem uma contribuição social a oferecer. Essa informação é fundamental para desmistificar a imagem negativa do idoso como dependente de seus parentes. Pelo contrário, ele desempenha um papel socioeconômico de grande importância na família.

Os Capítulos 3 e 9 deste livro aprofundam as mudanças pelas quais a família brasileira passou nas últimas décadas, sendo essa uma questão relevante para o aumento da vulnerabilidade e do risco de vitimização do idoso.

As mudanças na composição da família, em grande medida impostas pelas necessidades socioeconômicas, mas também pela adoção de novos estilos de vida, diminuem os contatos entre os familiares e provocam rupturas nas relações intergeracionais, muitas vezes afrouxando os vínculos afetivos, o que vem a ser um fator predisponente para a violência.

Nos novos arranjos familiares é possível que muitos idosos prefiram e tentem viver sozinhos, mas não podemos esquecer que uma parte deles é afastada do convívio familiar mesmo contra a sua vontade. É bom também lembrar que nesta fase da vida a pessoa pode ser acometida por doenças que exigem cuidados específicos e a tornam dependente. Nessas circunstâncias o idoso precisa se sentir valorizado e receber a atenção e o carinho da família, o que nem sempre acontece.

Você encontrará mais informações sobre pessoas com deficiências e necessidades especiais no Capítulo 12 deste livro, "Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência".

Minayo (2003) destaca que do ponto de vista socioantropológico devemos considerar os diferentes contextos históricos que revelam atribuições de poderes para cada ciclo de vida. Em relação aos idosos, observa-se uma tendência de desinvestimento político e social. Muitas culturas apresentavam o hábito de separar ou segregar os idosos de forma real ou simbólica, desejando sua morte. Nas sociedades ocidentais esse hábito se manifesta principalmente nos conflitos intergeracionais, nos maus-tratos, negligências e discriminações.

Finalmente, queremos realçar a **dimensão existencial** do envelhecimento, a qual ressalta a velhice como o lugar da solidão. Este é o período da vida em que a pessoa se vê diante de si mesma, sem as amarras e as ilusões que as tarefas cotidianas lhe proporcionavam. Não tendo mais os pretextos dos afazeres rotineiros, só lhe resta o enfrentamento com a sua própria história. A introspecção pode, por um lado, ser o ponto de partida de um processo em que as novas conquistas e novas realizações são sempre um horizonte possível. Por outro lado, não se pode negar a existência de uma velhice que considera essa fase da vida como uma espera pelo fim.

Portanto, o processo coletivo de envelhecimento de uma população, assim como a vivência individual e particular dessa experiência, possui várias dimensões a partir das quais pode ser abordado e é diferenciado em função do momento histórico, do local e da cultura que se considere.

O que é violência contra a pessoa idosa

A história da família de Cabral

A família Cabral é atendida por uma equipe do Centro de Saúde e é um exemplo dos vários tipos de problemas sociais e de violência envolvendo famílias inteiras. Maus-tratos, negligência, abandono, fome, desnutrição, deficiência motora, deficiência mental, distúrbios psíquicos, alcoolismo, tuberculose, Aids, abuso sexual, prostituição e uso de drogas estão presentes na história dessa família e no cotidiano de seus familiares.

No centro de toda a trajetória de pobreza e exclusão social está dona Rosa que, aos 60 e poucos anos de idade, cuida do pai, dos nove filhos e dos netos. Ela é evangélica e sofre de diabetes. Mora sozinha num barraco cedido que não tem banheiro nem água canalizada. Atualmente está para ser despejada. Ao redor, em outros barracos, estão o ex-marido de dona Rosa – que bebe muito e também é diabético –, os filhos e os netos. Recentemente, a senhora teve que dar uma atenção especial à filha, quando esta quebrou a perna e ficou imobilizada por 45 dias. A moça é alcoólatra e sempre traz problemas para a mãe.

Dona Rosa é negra e estudou até a 3ª série primária. Engravidou ainda adolescente e teve uma filha sozinha. Quando a criança tinha apenas 2 anos, ela conheceu um rapaz, com quem foi morar, na casa da sogra. O companheiro assumiu a paternidade da menina, registrando-a em seu nome. Dona Rosa e o marido tiveram mais oito filhos. Ele trabalhava numa casa de móveis, não consumia bebidas alcoólicas, mas era mulherengo. Aos poucos, começou a maltratar dona Rosa e, quando as crianças eram pequenas, ele a expulsou de casa junto com os filhos. Ela foi embora do bairro com as nove crianças e só voltou quando foi chamada para cuidar da sogra, doente e também maltratada pelo filho.

Quando dona Rosa conseguiu se separar do companheiro, ele não manteve contato com os filhos e nem ajudou a criá-los. Trabalhando como faxineira para sustentar a família, todos os dias, ao sair de casa, deixava a comida pronta. A filha mais velha cuidava dos irmãos menores enquanto a mãe trabalhava. Todos frequentaram a escola. No entanto, mesmo com os filhos crescidos, a família continuou a passar necessidade. Faltava comida. Dona Rosa ficou doente e foi internada num hospital psiquiátrico.

Após esse episódio, dona Rosa não voltou a morar com os filhos. Ela sentia que agora dava trabalho aos outros e estava incomodada porque ouvia "muito barulho na cabeça". Há alguns anos, havia se tornado protestante, o que a ajudou muito. Hoje em dia, diz sentir-se bem melhor; deixou de tomar tranquilizantes e,

quando necessário, utiliza um chá caseiro como calmante. Lamenta sua condição de vida e a de seus filhos, que não a ajudam. Na verdade, eles também precisam de ajuda. Alguns lidam com drogas ilegais; outros consomem bebidas em excesso; uma delas está envolvida com prostituição; e outra, ainda, é deficiente mental e foi internada após um surto psiquiátrico. Esta moça também é suspeita de ter praticado abuso sexual contra a filha, que passou uns tempos morando com dona Rosa.

Dona Rosa lutou durante anos para satisfazer, ainda que minimamente, as necessidades materiais e afetivas dos filhos, em detrimento de suas próprias necessidades, muitas vezes esquecidas. Chegou um momento em que não suportou tantos sofrimentos e miséria, aliados às cobranças constantes por parte dos filhos e netos. Resultado: adoeceu, "pirou", "pifou". Posteriormente, reconstruiu como pôde sua rede de relações, primeiramente apoiada apenas nos serviços de saúde e, em seguida, de forma preponderante, na religião e na igreja evangélica, que a ajudaram a melhorar suas identidade e autoestima.

Depois de tanto sofrimento, dona Rosa descobriu, ou recuperou, a generosidade para consigo mesma. Ao menos do ponto de vista subjetivo, obteve uma melhora de "qualidade de vida". Atualmente usufrui do prazer de fazer compras pessoais parceladas e de quitar suas dívidas com o dinheiro que ganha do próprio trabalho. Por algumas semanas, esteve na praia vendendo hambúrgueres para pagar um perfume e um CD de música evangélica. Embora continue sem ter onde morar ou como viver dignamente, não deixa de dar apoio aos filhos e aos netos, a cada problema que surge.

Essa história e muitas outras abordando famílias ao longo dos ciclos vitais estão relatadas na tese de doutorado *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades*, de Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (2002).

Retornamos nesta parte do texto aos conceitos de violência que já foram amplamente tratados no Capítulo 1 deste livro e ressaltamos que nunca é demais lembrar que se trata de questão complexa que dificilmente pode ser abrangida de modo completo em uma única definição. Aqui consideramos a definição da World Health Organization/ International Network for the Prevention of Elder Abuse (WHO/INPEA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) para violência contra a pessoa idosa por ser a mais conhecida.

Violência contra a pessoa idosa é definida como "um ou repetidos atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação a eles". (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A problemática da violência contra a pessoa idosa foi denominada pela primeira vez no campo da saúde por Baker (1975) como "espancamento

de avós". De lá para cá, o conhecimento avançou e permitiu identificar que as violências que acometem a pessoa idosa têm características que são comuns a outros grupos sociais, mas também possuem especificidades. Os idosos, como os demais grupos sociais, estão submetidos às violências física, psicológica e sexual, já bem descritas no Capítulo 1. No entanto, há violências que são particularmente comuns nessa fase da vida, como é o caso do abuso financeiro, da negligência, do abandono e da autonegligência.

Na categoria de **abuso econômico e financeiro** podemos situar os casos de apropriação indevida ou ilegal e não consentida, dos recursos monetários e patrimoniais do idoso por parte de familiares. Essa situação tem sido frequente no Brasil, como mostra o estudo de Souza et al. (2008), a partir das informações registradas na Delegacia do Idoso e no Ministério Público do Rio de Janeiro, no qual a usurpação de aposentadorias e pensões por membros da família foi uma das principais queixas dos idosos.

A **negligência** contra a pessoa idosa se manifesta nas situações de privação de cuidados. Tais situações são mais evidentes quando faltam condições financeiras para o sustento do idoso e quando surgem problemas de saúde, o que não quer dizer que elas não ocorram em outros contextos. Com o avançar da idade é comum o surgimento de problemas de saúde que limitam a autonomia da pessoa idosa; nessas situações as famílias assumem mais frequentemente os cuidados, como: administrar o uso de medicações, auxiliar no banho, na alimentação e tudo mais que for preciso. As negligências são justamente o oposto a estes cuidados, isto é, quando principalmente os familiares ou aqueles responsáveis por atender às necessidades dos idosos não o fazem da forma devida. Apesar de a negligência ser percebida muitas vezes no ambiente familiar, as instituições hospitalares e asilares são muito criticadas no Brasil pelo histórico de negligência com que tratam os idosos pelos quais são responsáveis.

O **abandono** é expresso pela segregação física ou simbólica do idoso, como privação da vida social e familiar. Em várias sociedades, inclusive na brasileira, durante muitos anos foi determinado um local de isolamento dos idosos em grandes instituições, denominadas asilos ou abrigos. Nelas, os idosos recebem cuidados massificados, sem qualquer possibilidade de expressão de sua individualidade, e se encontram distanciados de seu meio familiar e comunitário. Apesar de gradativamente estarem surgindo no Brasil formas mais saudáveis de convivência com a velhice, ainda persistem situações em que idosos são "esquecidos" pelas

famílias nos asilos, hospitais e nas próprias residências. Existe também uma velhice completamente abandonada pela família e pelo poder público, que perambula pelas vias públicas e faz delas seu local de moradia, em uma condição extrema de exclusão social (ESCOREL, 1999).

A **autonegligência** é expressa pela ausência ou recusa de cuidados do idoso consigo mesmo. São exemplos dessa forma específica de violência o não uso ou o uso inadequado de medicamentos, alimentos e entorpecentes. Também encontra-se nessa categoria a falta de cuidados com a higiene pessoal.

Em uma comunicação apresentada na II Conferência Nacional sobre a Terceira Idade, em Maputo, Moçambique, Silva (2009) descreveu a situação de abuso e violência que a terceira idade sofre no país. Com base nos resultados de suas pesquisas (SILVA, 2001, 2003) avançou uma tipologia de violência/abuso onde se destaca, além das violências anteriormente citadas, a violação dos direitos básicos, tais como falta de identificação civil, falta de comida, falta de renda, não prioridade nas filas, falta de cuidados de saúde, falta de implementação pelas instituições dos benefícios sociais a que a terceira idade tem direito.

A magnitude das várias violências acima descritas não é devidamente conhecida porque muitas vezes a sociedade e os próprios idosos as "naturalizam" e não as percebem como violências, o que gera considerável sub-registro dos casos nas instituições que atendem as pessoas idosas. Muitas dessas ocorrências sequer chegam ao conhecimento de qualquer instituição.

O que conhecemos mais amplamente se refere aos impactos que a violência provoca na saúde dos idosos, na forma de mortes e de internações hospitalares, que cobrem os eventos mais graves e são traduzidos em indicadores epidemiológicos. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, permitem calcular a taxa de mortalidade por causas externas, grupo que engloba todos os acidentes e as violências.

Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, cuja fonte é a Declaração de Óbito, e do Sistema de Informações sobre Internações, cuja fonte é a Autorização para Internação Hospitalar, constituem sistemas nacionais do Ministério da Saúde, são de livre acesso e podem ser encontrados no site www.datasus.gov.br

Em 2009, essa taxa foi de 110,3 por 100 mil habitantes idosos brasileiros, variando de 154 no sexo masculino e 75,2 no feminino. Entre esses eventos fatais, destacam-se as lesões no trânsito e as provocadas por quedas. As primeiras representaram 29,2% dos óbitos de homens idosos por causas externas e 18,8% das mortes de mulheres idosas por essas mesmas causas. Em ambos os sexos a taxa de mortes por lesões

no trânsito foi 27,8/100 mil habitantes com 60 ou mais anos; entre os homens foi 44,9 e, entre as mulheres, 14,1/100 mil habitantes idosas nessa faixa etária.

Os registros das internações hospitalares no Brasil contabilizaram mais de 160 mil hospitalizações de idosos por causas externas, em 2011. As quedas foram responsáveis por 84.201 dessas internações e as tentativas de suicídio totalizaram 589 hospitalizações nesse ano, trazendo à tona prováveis negligências e violências domésticas. Mas, a violência que ocorre no trânsito gerou a necessidade de 14.394 internações de idosos, sobretudo pedestres, e as agressões somaram mais 3.602 registros.

Pouco se conhece sobre as violências menos graves que acometem as pessoas idosas que recorrem aos serviços de saúde, de segurança pública ou de direitos humanos no Brasil. Dentre os motivos para a desinformação estão a não investigação dos casos com o consequente não registro dos mesmos e a inexistência de sistemas de informação adequadamente estruturados para o armazenamento dessas informações.

Fatores de risco para a violência contra o idoso

A literatura internacional indica que 90% dos casos de violência contra pessoas idosas ocorrem no seio da família e 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges. Filhos homens, noras, genros e esposos são os principais perpetradores de violência, mesmo quando ocupam a função de cuidador (MINAYO; SOUZA, 2003).

Os estudos apontam que os idosos são mais vulneráveis quando:

- o agressor e o idoso vivem na mesma casa;
- há dependência financeira entre o idoso e os demais membros da família;
- há uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente familiar;
- a família ou o cuidador tende a se isolar socialmente;
- o cuidador ou o idoso sofre de depressão ou qualquer tipo de doença mental ou psiquiátrica;
- há pouca comunicação e os laços afetivos da família ou do cuidador com o idoso são frouxos;
- há histórico prévio de violência na família ou o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso.

Esses fatores costumam estar imbricados com aspectos próprios do processo de envelhecimento e das relações familiares. Muitas vezes, os atores envolvidos estão ligados por fortes laços consanguíneos, que acabam mascarando ou impedindo a detecção de todos os elementos que constituem a dinâmica da violência. Os idosos são particularmente vulneráveis, pela diminuição da capacidade funcional, ou seja, pela restrição do desempenho satisfatório das atividades da vida diária e do autogerenciamento, e pela perda do lugar social, agravada pela aposentadoria.

Além dos fatores de risco relacionados com o ambiente familiar, há fatores do ambiente comunitário e social. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), moradia e vizinhança seguras e apropriadas são essenciais para o bem-estar do jovem e do idoso. No entanto, nas periferias das grandes cidades brasileiras existem cinturões de pobreza que reúnem milhares de pessoas em situação de precariedade financeira e exclusão social, sem as mínimas condições de sobrevivência (ESCOREL, 1999). As moradias das pessoas idosas residentes nestas áreas costumam ser improvisadas e quase sempre inadequadas aos seus problemas de saúde e de segurança. E os obstáculos nelas existentes e no seu entorno aumentam o risco de quedas (RIBEIRO et al., 2008).

Pelo fato de não serem polos habitacionais planejados, o poder público não se faz presente, por exemplo, com serviços de saneamento, abastecimento de água e energia elétrica, e coleta de lixo, ficando a população confinada em verdadeiros guetos, quando se sabe que a garantia de transporte e outros serviços pode significar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento da pessoa idosa.

Além desses fatores, a própria violência da área onde o idoso reside reforça o pacto de silêncio em relação à violência intrafamiliar, pois tanto ele como seus vizinhos temem as retaliações que podem acontecer contra o parente agressor (SOUZA et al., 2008).

Fatores de proteção contra a violência

Refletir sobre os fatores protetores da violência contra a pessoa idosa requer resgatar alguns conceitos fundamentais como: rede social, apoio social e rede de apoio social, que foram sintetizados por Souza et al. (2008) com base em alguns autores, conforme destacado a seguir.

Rede social é tudo aquilo com que o sujeito interage; tudo o que faz parte da rede relacional do indivíduo (SLUSKI, 1997). Os relacionamentos com a família e os amigos pressupõem troca de afeição, estão associados com o bem-estar subjetivo e estão presentes nas redes sociais (ERBOLAT, 2002). Tanto a família como amigos e vizinhos são fontes naturais de proteção e inclusão social, com as quais as pessoas encontram companhia, a possibilidade de compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas (DOMINGUES, 2000).

Apoio ou suporte social é qualquer informação e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas com os quais se tem contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. São trocas mútuas nas quais tanto aquele que recebe quanto o que oferece o apoio é beneficiado por conseguir maior sentido para sua vida.

Estudiosos do apoio social apontam o seu papel na prevenção das doenças, manutenção e recuperação da saúde, pois ele ajuda a criar uma sensação de coerência e controle da vida, afetando beneficamente o estado de saúde das pessoas (VALLA; STOTZ, 1994; GRIEP et al., 2003).

O conceito de **rede de apoio social** está vinculado às relações de troca, que implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. Esse conceito tem implícita a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar uma teia.

As redes de apoio social ao idoso podem ser:

a) **formais** – políticas públicas direcionadas à população idosa, em geral agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da proteção e previdência social, dentre outros;

b) **informais** – relações marcadas pela “espontaneidade e reciprocidade” (LEMOS; MEDEIROS, 2002) que auxiliam o idoso a manter os vínculos e proporcionam bem-estar. Considera-se como rede informal a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos. Todas essas relações que ocorrem na vida social do idoso contribuem para a proteção e o apoio na garantia dos direitos previstos por lei.

A família é, em muitos casos, o único apoio com que as pessoas idosas podem contar, constituindo-se como o principal componente de sua rede de apoio social, devido à ausência ou ao pouco suporte formal oferecido pelas instituições da comunidade e pelo Estado. Em algumas culturas é comum observar que a “tarefa de amparar os idosos está quase que

exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente" (SAAD, 1991, p. 8).

Considera-se a família, os amigos e os vizinhos como suportes informais, pois nesses relacionamentos ocorrem intercâmbios benéficos, sendo a valorização da amizade um fator extremamente importante para idosos que não possuem familiares ou que estejam afastados de seu convívio. São os amigos e a comunidade que substituem o cuidado familiar, constituindo-se, muitas vezes, como o único apoio do idoso, até mesmo para encaminhá-lo a um serviço formal de atendimento. Entretanto, do ponto de vista jurídico brasileiro, a sociedade e a família têm responsabilidade solidária ao Estado no tocante ao cuidado da pessoa idosa. Caso esse não cumpra seu papel, a sociedade e a família devem atuar visando garantir os direitos básicos desse grupo.

As redes de apoio são, com frequência, as únicas possibilidades de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de ser o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana. Estando debilitada, a pessoa reduz suas iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, fazendo com que aqueles com quem se relacionava na rede também diminuam a sua interação. Isso porque as relações sociais têm por base uma troca em que se espera que a atenção oferecida seja retribuída na mesma intensidade.

A rede social do idoso possui uma característica fundamental – ela se restringe na medida em que ele vai envelhecendo, perdendo autonomia e independência. Segundo Sluski (1997), duas questões importantes contribuem para esse processo: uma está relacionada com a dificuldade do idoso em criar novos vínculos devido à falta de motivação e oportunidades; a outra está relacionada com a pouca energia para manter ativos os vínculos já existentes. Dessa forma, é necessário incentivar o idoso e a sua comunidade a criarem novos vínculos, participando de novas redes de relacionamento, mantendo viva a possibilidade de se promover uma melhor qualidade de vida.

O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais.

Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas.

Assim, analisar o contexto no qual o idoso está inserido é fundamental para compreendê-lo melhor e às redes sociais comunitárias. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), o principal instrumento para o combate ao isolamento social e à solidão na velhice é o apoio social.

Para refletir

Quais as redes de apoio social que existem na sua comunidade voltadas para a proteção da pessoa idosa? Como elas atuam?

Para consolidar seus conhecimentos

Exemplifique um caso de violência contra a pessoa idosa, vivido ou ouvido, que caracterize o contexto do seu município. Procure identificar a(s) violência(s), os fatores de risco e de proteção nele envolvidos.

Referências

BAKER, A. A. Granny battering. *Modern Geriátrics*, v. 5, p. 20-24, 1975.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Decreto n. 6.800, de 18 de março de 2009. Dá nova redação ao artigo 2º da Política Nacional do Idoso, que define as atribuições da Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 mar. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6800.htm>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 17 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 142, 20 out. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Plano de ação internacional para o envelhecimento*. Brasília, DF, 2003. Aprovado na II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/11.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2012.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. *Os novos idosos brasileiros*: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAVALCANTI, M. L. T. *A abordagem da violência intrafamiliar no programa médico de família*: dificuldades e potencialidades. 2002. Tese (Doutorado)– Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE DIREITOS DO IDOSO, 1., Brasília. *Construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa*: Renadi. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2006. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm>. Acesso em: 26 nov. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 2., 2010, Brasília. *Anais eletrônico*... Brasília, DF: Secretaria de ireitos Humanos,, 2010. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p556.htm>. Acesso em: 26 nov. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 3., 2011. Brasília. *Anais eletrônico*... Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2011. Disponível em: <http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/pessoa_idosa/3a-conferencia-nacional>. Acesso em: 26 nov. 2012.

DATASUS. Brasília, DF, 2009. Disponível em:< http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 26 nov. 2012.

DOMINGUES, M. *Mapa mínimo de relações*: adaptação de um instrumento gráfico para configuração da rede de suporte social do idoso. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ERBOLAT, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. In: FREITAS E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ESCOREL, S. *Vidas ao léu*: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GRIEP, R. H. et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

IBGE. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro, 2002. (Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, 9).

INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE. *Missing voices*: vews of older persons on elder abuse. Genebra, 2002.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (Org.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRAJUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.) *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 11-24.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo*: uma política de saúde. Brasília, 2005.

RAMOS, P. R. B. *Fundamentos constitucionais do direito à velhice*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 1265-1273, jul./ago. 2008.

SAAD, S. M. Tendências e consequências do envelhecimento populacional no Brasil. In: A POPULAÇÃO idosa e o apoio familiar. São Paulo: Fundação SEADE, 1991. p. 3-10.

SILVA, T. *The elderly and human rights*: abuse of the elderly in Mozambique. Cambridge: Carr Centre for Human Rights Policy: John F. Kennedy School of Government: Harvard University, 2001.

SILVA, T. Violência contra a pessoa idosa: do invisível ao visível. In: CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE A TERCEIRA IDADE, 2., 2009, Maputo. *Anais*... Maputo: Ministério da Mulher e Acção Social, 2009.

SILVA , T. Violência domésrtica: factos e discursos. In: SANTOS, B. et al. (Org). *Conflito e transformação social*: uma paisagem das justiças em Moçambique. Porto: Afrontamento, 2003.

SLUZKI, C. *A rede social na prática sistêmica*: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, E. R. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1153-1163, jul./ago. 2008.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Educação, saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

VERAS, R. P. A. A era dos idosos: os novos desafios. In: OFICINA DE TRABALHO SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS E DE GÊNERO EM SAÚDE DE IDOSOS NO BRASIL, 1., 2002, Ouro Preto. *Anais*... Ouro Preto: Ministério da Saúde: Fiocruz: UFMG, 2002. p. 89-96.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.) *Família*: rede, laços e políticas públicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 93-105.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Missing voices*: views of older persons on elder abuse. Geneva, 2002.

9. Famílias que se comunicam através da violência

Fátima Gonçalves Cavalcante e Miriam Schenker

Neste capítulo, discutimos o funcionamento de famílias com dinâmica de violência, a partir de um estudo de caso e da reflexão sobre o vídeo *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, disponível no site: www.noos.org.br. rg.br.

A violência na família, tema estudado sob uma ótica mais conceitual na Parte I, é aqui tratada novamente por ser pouco vista pelos serviços de saúde como um grupo vulnerável que necessita de acolhimento e intervenção.

Mais do que o atendimento à vítima de violência, este capítulo tem a intenção de olhar o problema sob o prisma do núcleo familiar, esclarecendo as diretrizes do tratamento e as formas de apoio ao todo e a cada um de seus membros, e enfatizando a importância dos cuidados éticos a serem tomados em qualquer intervenção ou apoio.

Também são descritas diferentes estratégias de atendimento e definidas algumas metas para um serviço eficaz com famílias afetadas pela violência. Ao final, há exercícios para auxiliar o aluno a integrar o aprendizado aqui obtido e contextualizá-lo em sua realidade local.

CASO **HISTÓRIA DE FAMÍLIA**

A grande família

Tom e Dito

Esta família é muito unida

E também muito ouriçada

Brigam por qualquer razão

Mas acabam pedindo perdão...

Conheça a letra completa da composição de Tom e Dito no site:

http:/Dudu-nobre.letras.terra.com.br/letras/45592/

Cena 1

Antônio, 45 anos, e Graça, 40 anos, têm um casal de filhos: João, de 17 anos, e Júlia, de 14. Quando assumiram o relacionamento, há vinte anos, Graça sabia que Antônio consumia bebidas alcoólicas abusivamente. Quando jovem, ela acreditava que iria conseguir ajudá-lo a parar de beber. No entanto, o tempo foi passando e Antônio, em vez de diminuir o consumo de álcool, só o aumentava, acarretando problemas como constante mudança de trabalho, reações agressivas em relação a Graça, aos filhos, e impulsividade com parentes e amigos. Crises de ciúme exageradas tornaram-se cada vez mais frequentes e graves, com aumento da agressividade contra a esposa, a ponto de tê-la ameaçado com uma faca. O filho mais velho passou a enfrentar o pai, quando estava bêbado, e isso resultou em situações de grande violência e risco.

Diante da gravidade do quadro, Graça decidiu procurar auxílio. Envergonhada e desconcertada, ela não sabia exatamente como agir e pensava se teria coragem para contar ao médico sobre seus problemas familiares. Sentiu-se insegura e temerosa com a possibilidade de Antônio vir a saber, porém decidiu que tentaria algum tipo de ajuda, tendo pedido o apoio de seu filho João.

Para refletir

Liste os tipos e as formas de violência que você identifica no cotidiano de Antônio e Graça.

Pense sobre o que leva uma família a perpetuar uma situação de violência e anote prováveis motivos.

Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso *História de família*

A violência só pode ser compreendida no contexto social que a produziu, levando em conta os fatos e a representação que eles adquirem para as pessoas da família, da comunidade, dos serviços que irão acompanhá-las. Na medida em que a violência aparece na "relação cotidiana" da família de Antônio e Graça, afetando a todos (marido, esposa, filhos, parentes e amigos), é preciso compreender as várias faces desse campo de forças desigual em que pais e filhos ficam presos a um determinado papel social e custam a reconhecer a gravidade do problema. A piora do alcoolismo de Antônio, ao longo dos anos, vitimou todos de uma forma violenta, levando o filho mais velho a um confronto corpo a corpo com seu pai, numa exposição a riscos cada vez maiores.

Nesse caso, a violência assume gravidade e a dinâmica familiar reage, também com violência, para fazer face às explosões de comportamento que se tornaram mais frequentes e rotineiras. Parece que todos tinham chegado a um limite intolerável. A coragem de Graça para buscar o serviço de saúde veio acompanhada da solidariedade do filho mais velho, que se sentia ameaçado em sua integridade física e mental. A essa altura, Graça encontrava-se fragilizada e com a auto-estima muito baixa. Antônio se envergonhava de suas atitudes nos poucos momentos em que estava sóbrio, mas não conseguia interromper a sua compulsão pela bebida e estava ficando cada vez mais desconfiado e perseguido em relação às condutas de sua esposa, criando suspeitas e fazendo ameaças que feriam ainda mais a auto-imagem de Graça. Era preciso interromper o ciclo de violência.

CASO **HISTÓRIA DE FAMÍLIA**

Cena 2

Graça chegou à unidade de saúde temerosa. A presença do filho João a deixava com a sensação de conforto e segurança. Enquanto aguardava o médico, ela se lembrou de como Júlia, sua filha caçula, andava tendo crises de choro constantes, ficava jogada pelos cantos e apresentava problemas na escola. Isso a preocupava, embora não soubesse o que fazer. Contudo, ela não entendia como o filho João encontrava forças para enfrentar seu pai e ainda conseguia estudar e trabalhar, tentando convencer a mãe, já fazia algum tempo, a buscar ajuda.

Quando Graça se lembrava de seu marido, ainda jovem, vinha aquela alegria perdida e um pouco de esperança. Será que ele poderia melhorar? Mas logo a tristeza e a depressão a abatiam, pois sua vida tinha se transformado num misto de tensão e medo. No dia a dia da família, eram frequentes ataques repentinos de violência e curtos períodos de paz em que "milagrosamente" a violência parecia cessar, mas não acabava. Quando Graça se recordava da história de seu pai e da história dos pais de seu marido, o alcoolismo então parecia um mal que tinha vindo mesmo para ficar e ela já parecia até conformada com tanta dor, tanta humilhação e tanto sofrimento. João interrompeu o pensamento de sua mãe, como se o captasse, e disse: "Mãe, você anda muito conformada e muito acostumada aos maus-tratos do pai. Isso tem que parar, isso não pode mais continuar assim. Vamos ver se o médico pode nos ajudar".

Depois de algumas horas, o Dr. Ricardo, um médico experiente e atencioso, recebeu mãe e filho para uma consulta. Histórias como a de Graça, o doutor Ricardo já conhecia bastante. Depois de uma escuta atenta, ele chamou Antônio

foi à consulta com sua esposa e acabou gostando do modo como o doutor Ricardo o recebeu, escutou e orientou. Ele já havia se esquecido de como poderia ser apoiado de um jeito que lhe parecia novo, diferente. Antônio se sentiu confiante para falar de todo o seu sentimento de desamparo, da perda de confiança das pessoas à sua volta, das oportunidades de emprego perdidas, de como vinha magoando sua companheira e seus filhos. Graça não parecia acreditar que estava escutando tudo aquilo. Antônio se lembrou do alcoolismo de seu pai e de como sua mãe, ele e seus irmãos foram agredidos. Doutor Ricardo, percebendo o sentimento de fragilidade e de impotência que acompanhava Antônio, ofereceu ajuda individual. Antônio continuou sendo visto pelo doutor Ricardo e foi encaminhado para os Alcoólicos Anônimos (AA), e para a terapia de família com a nova psicóloga do posto de saúde, a Vera.

Pela primeira vez, Graça se sentia um pouco aliviada. Tinha valido a pena todo seu esforço e de seu filho para convencer o marido a ver o doutor Ricardo, um médico que o havia convidado para uma conversa e queria apenas conhecê-lo. Afinal, ele já havia conseguido ajudar muitos outros homens na situação de Antônio e não custava nada fazer ao menos uma tentativa. Eles fizeram exatamente do jeito que o doutor Ricardo orientou e seguiram as instruções para não desistirem, mesmo que Antônio se recusasse de início.

Aquela consulta com o doutor Ricardo foi muito importante para Antônio e Graça. Um novo horizonte se abriu. Embora assustado e temeroso, Antônio decidiu ir às demais consultas com seu médico; afinal, depois de tantas perdas ele precisava ganhar algo. Aquelas conversas e o grupo do AA foram trazendo à tona coisas que ele nem sabia que poderiam ser tratadas. Antônio não esperava aprender a ver a vida de um jeito diferente.

Antônio, Graça e os filhos passaram a frequentar as consultas com Vera, a terapeuta de família. De início, Graça se sentia confusa e muito envergonhada, com olhar cabisbaixo, postura envelhecida, mas aos poucos foi vendo que aquele jeito de conversar ajudava a ela e a sua família. João surpreendia com sua força e vontade de superação, e Júlia foi se sentindo mais amparada, aprendendo aos poucos a falar sobre os seus sentimentos. Novas formas de comunicação e negociação foram sendo descobertas e a família passou a acreditar nas pequenas mudanças que iam se fazendo presentes. A família de Antônio e Graça tinha muitos desafios a superar e havia sempre o medo das recaídas de Antônio. À medida que a mãe, os irmãos e a relação do casal se fortaleciam, Antônio adquiria mais condições de ser amparado e orientado a retornar às consultas com o doutor Ricardo.

Para refletir

Por que foi tão difícil para essa família decidir buscar ajuda médica?

O encaminhamento da família foi adequado? Explique as razões.

Que possibilidades se abrem para Antônio com o atendimento prestado pelo doutor Ricardo e pelos Alcoólicos Anônimos?

Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso *História de família*

A violência não pode ser analisada de maneira simplista. Não basta responsabilizar o agressor, nem criminalizar a pobreza, nem demonizar o usuário de drogas ou reduzir a violência à questão de segurança pública ou de polícia. O problema de Antônio e Graça tem origem geracional e necessita de alguma intervenção que acolha a família e lhe ofereça meios de escutar e compreender a sua própria história, de identificar, reconhecer e prevenir os efeitos nocivos da violência, e de encontrar formas de interromper esse ciclo. A violência intrafamiliar tem sido apontada como aquela de maior ocorrência, aquela que se faz "entre quatro paredes" e que é, na maioria das vezes, acobertada pelo silêncio das vítimas, sem que lhes sejam concedidas qualquer chance de defesa.

Observamos, nesse caso, que essa família já se estruturou, desde o início, dentro de uma dinâmica em que a violência se consolidou como uma forma de comunicação. O alcoolismo de Antônio avançou sem limites e contra ele se insurgiu o filho, numa contraviolência, uma forma de defesa que faz uso da força como meio de frear a violência. É comum em terapia de família, em casos de violência, se observar a mudança de papéis de quem ocupa o lugar do agressor. Por essa razão é preciso olhar para os papéis do agressor e da vítima de um modo cuidadoso e não cristalizado, procurando compreender, acima de tudo, a dinâmica que se instalou e os modos de interação, de comunicação, incluindo os silêncios que contribuem para perpetuar a violência.

É preciso entender a família como uma organização com uma dinâmica que inclui a violência em suas relações. Quando as relações se desorganizam, como nesse caso, o potencial destrutivo se amplia, gerando nas pessoas uma falta de contenção das emoções e dos conteúdos – amor, raiva, medo, alegria, agressividade, sexualidade –, o que ocasiona enorme prejuízo para a saúde do grupo familiar.

Observam-se nessa família, assim como em muitas outras com dinâmica de violência, algumas das seguintes dificuldades (FERRARI; VECINA, 2002):

- intensa dificuldade na comunicação entre seus membros, principalmente em relação a vivências emocionais; uso de mentiras, segredos e mensagens de duplo sentido.
- silêncio compartilhado pelo agressor e pela vítima em função do medo da exposição, da retaliação e das possíveis perdas, e do ataque às próprias percepções ou cumplicidade inconsciente com o agressor.
- a vítima nega o que ocorreu e o que sentiu como forma de se proteger dos conflitos e, desse modo, não procura ajuda; a negação da ajuda está relacionada ao medo de desestruturar a família, ou de perder pai ou mãe; o agressor dificilmente reconhece a responsabilidade pelo ato praticado.
- sentimentos de autodesvalorização, baixa auto-estima e negação da importância e interesse pelo outro; diminuição da confiança nas próprias percepções e impotência; é comum a projeção de sentimentos de depreciação dos profissionais, justamente devido a todas essas emoções anteriormente descritas.
- dificuldade de reconhecer, aceitar e respeitar os limites; uso de poder de forma abusiva pelo agressor; omissão da função interditora (ocupa o lugar de quem não pode fazer nada); dúvida sobre seus direitos; incapacidade de defender a si e aos filhos.
- dificuldade em se socializar e inserir culturalmente os filhos; isolamento social acentuado e fechamento dentro do núcleo familiar.

Resiliência é a forma como superamos os problemas. Entende-se o conceito sob a ótica da organização individual, de grupos ou instituições em que "persistentemente predomina a busca de resolução dos problemas, visando ao crescimento e ao desenvolvimento."

No entanto, apesar de tantas dificuldades nas situações de violência, há pessoas que reagem de um modo mais favorável, como até certo ponto constatamos ao ver João, filho do casal, com capacidade de prosseguir com sua vida, seus estudos e seu trabalho, apesar da desorganização familiar. Por isso, podemos dizer que João foi resiliente e, em certa medida, pareceu ter uma auto-estima mais preservada.

Para refletir

Quais seriam as suas sugestões para o acolhimento a essas famílias?

Seu olhar sobre as diferentes situações de violência analisadas modificou?

A importância do apoio a famílias com dinâmica de violência

É preciso multiplicar os serviços e as iniciativas de atendimento às famílias com dinâmica de violência em nosso país. As famílias que vivenciam e sofrem violências inspiram atenção e proteção para que possam ser verdadeiramente cuidadoras, afetuosas e atentas às necessidades de seus filhos. É preciso olhá-las, buscando enxergar seu dinamismo, e não apenas ver a "desestruturação". O desafio é justamente explorar as capacidades protetoras e afetivas, em que se costuma observar somente fracassos e transgressões. Para isso, é preciso despir-se de preconceitos e rótulos, o que só é possível com reflexões, debates em equipe e coragem para enxergar novos ângulos e descobrir novos significados.

Esse tema é aqui desenvolvido a partir de uma pesquisa que analisou serviços de atenção a famílias com dinâmicas de violência doméstica (DESLANDES et al., 2004). O diferencial desse estudo foi refletir criticamente sobre as práticas e o sistema de acompanhamento às famílias e seus filhos, vítimas de violência, em serviços de referência de cidades das cinco regiões do país, comparando organizações governamentais e não-governamentais, traçando diretrizes para políticas públicas nessa área, e reforçando o papel das famílias como agentes de proteção. Além disso, tomamos como base outro estudo sobre o fim do silêncio na violência familiar, organizado por Ferrari & Vecina (2002) do Instituto *Sedes Sapientiae,* que norteia teoria e prática sobre apoio a famílias com dinâmica de violência.

- Você poderá ampliar seus conhecimentos lendo o livro *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*, publicado em parceria pelo Claves e pelo Unicef, sob a responsabilidade de Suely F. Deslandes, Simone G. Assis e Helena O. Silva (2004).
- Você também encontra um rico material sobre o tema no site do Instituto Sedes Sapientiae: www.sedes.org.br/

A seguir são apresentados alguns parâmetros básicos para se pensar a família afetada pela violência no contexto do mundo moderno.

Na década de 1970, costumava-se falar em "enfraquecimento das famílias" ou "famílias em crise" mediante um modelo de família ideologicamente concebido como portador de "sólidas estruturas", tendo como referência o casamento monogâmico, apoiado no casal estável com papéis sexuais repartidos entre os cônjuges. Com a queda da taxa de nupcialidade e o aumento de outras formas de casamento, redescobre-se, nos anos 1990, a importância dos laços familiares e da revalorização dessa instituição na sociedade ocidental contemporânea, enfocando os seus "papéis protetores" e valorizando o espaço para desenvolvimento de "relações interpessoais" (SEGALEN, 1999).

Desde a última década, fala-se em "famílias" no plural tendo a mãe como eixo-central, apoiada numa rede de parentesco alargada, com diferentes recomposições familiares. Apesar de as definições terem sido abaladas, a noção de família no imaginário social ainda é idealizada a partir do modelo de "família nuclear". No entanto, segundo Sarti (2003), com as novas configurações familiares (recasamentos, famílias monoparentais, uniões de homossexuais etc.), a ideia de "núcleo" é ultrapassada, uma vez que a configuração das famílias acontece em "rede" – redes de relações nas quais interagem os sujeitos e se busca prover os recursos materiais e afetivos.

Hoje, diante de avanços científicos e das novas possibilidades de doação de óvulos, fecundação por inseminação artificial ou *in vitro*, entre outros aprimoramentos, o nascimento de um filho pode não mais ser oriundo de um casal, alterando a noção de paternidade e maternidade e gerando incerteza sobre a natureza dos laços entre pais e filhos. Há ainda a questão da família adotiva, com novos desafios em relação à formação de laços familiares e às diferenças étnico-culturais das famílias brasileiras, com tantas diversidades sociais, que apontam para a necessidade de se pensar a família tendo como base suas múltiplas formas de constituição.

Com tantas transformações e arranjos, a família ainda desperta expectativas e idealizações no imaginário social. Espera-se que ela seja capaz de produzir cuidados e proteção, aprendizagem de afetos, construção de identidades e vínculos de pertencimento. Essas possibilidades dependem do contexto em que se vive, do apoio que se recebe (ou não), da inclusão social alcançada. Além de sofrer influência de seu entorno, a família também pode contribuir para mudar o cotidiano de sua comunidade, unindo-se a outras, podendo alterar padrões sociais mais amplos. No entanto, em condições de pobreza, o potencial protetor e relacional da família apenas é otimizado se recebe atenções básicas (CARVALHO, 2002).

Violência familiar

Conforme foi descrito no Capítulo 3 da Parte I, mais do que uma agressão ou agravo provocado por uma pessoa da família contra outra, os atos violentos constituem abuso de poder, ao romper elos de confiança ou fazer uso da força.

Os maus-tratos no interior da família ocorrem num contexto de violência psicológica e de exploração, o que Finkelhor (1983) denomina "lavagem cerebral". Além de explorar e maltratar psicologicamente as vítimas, os agressores fazem uso de seu poder na família para controlar e manipular a percepção dos agredidos. Assim, os filhos maltratados são

referidos como ruins e incontrolados; as esposas são persuadidas a se sentirem incompetentes, histéricas e frígidas; os maridos são bombardeados na sua auto-imagem levando, de roldão, sua auto-estima.

Portanto, os efeitos da violência familiar podem ser devastadores, uma vez que a família é o primeiro grupo de construção social da realidade para os seus membros, havendo então distorções da realidade e comprometimentos da auto-imagem na dinâmica vítima-agressor. Diante da falta de mecanismos de regulação social que impeçam a violência, ela acaba sendo praticada porque pode ser praticada. Por isso, no tratamento é preciso deixar claro à pessoa que pratica a violência familiar que ela "não pode tomar tal atitude", é preciso "cancelar a sua licença para fazê-lo", como diz Gelles (1983). Não se trata de rotular essa pessoa de "abusador" ou "agressor", o que teria um efeito nocivo, mas de fazê-la entender que é responsável pelo ato abusivo.

É preciso interromper o ciclo de reprodução da violência. Ela pode atravessar muitas gerações, considerando a aprendizagem social e a repetição de situações não resolvidas entre avós-pais-filhos. Além disso, estudos mostram haver conexão entre a violência física contra criança e adolescente e a concomitante violência entre o casal. Na realidade, é rara a prática de apenas um tipo de violência.

Os papéis sociais geralmente ordenados por inúmeros autores e pelo senso comum como de "agressor" e "vítima" denotam um estatismo que não corresponde à dinâmica intrapsíquica e interpessoal do ser humano. Isso significa que a pessoa abusadora pode estar sendo concomitantemente abusada, de forma sutil ou não. E também que aquela que sofre a violência pode passar a ter esse mesmo comportamento com os demais. Por exemplo: os papéis da mulher na família abusiva podem ser de agressora e/ou de submissão e humilhação. Se vítima da violência, ela começa sendo abusada como esposa, podendo passar a ser conivente, a assistir ou até a ajudar nos rituais de violência e abuso dos filhos e filhas. A agressão da mulher aparece mais comumente na relação com seus filhos, podendo ocorrer desde tenra idade. Fato é que se o ciclo da violência não for interrompido, poderá acontecer a reprodução do abuso ao longo das gerações.

A vulnerabilidade do idoso também o deixa refém de circunstâncias hostis na família, como já foi detalhado anteriormente, quando abordamos os ciclos vitais.

Para refletir

Já conhecemos algumas situações de violência intrafamiliar. Quais os principais desafios observados em sua prática com famílias?

O enfrentamento da violência intrafamiliar envolve reflexão sobre questões importantes para a compreensão e o desenvolvimento do papel dos pais; para a diferenciação das funções do homem e da mulher; para maior compreensão e respeito pela infância e adolescência e para tomada de consciência dos cuidados prestados ao idoso. É importante promover diferentes modos de se comunicar, dar sentido e transformar os atos violentos, desenvolvendo noções de limite, diferenciações entre os sexos e as gerações, construindo uma cultura de promoção e garantia dos direitos humanos que se estenda a um sistema ampliado de apoios e solidariedade.

Entre os aspectos que colaboram para um bom atendimento à família estão: boa acolhida dos profissionais; construção de um vínculo de confiança; oferta de um espaço seguro de escuta; apoio e compartilhamento das situações vivenciadas; prontidão nos atendimentos; oferta de cuidado que focalize a dinâmica familiar como um todo, e não apenas a díade vítima-agressor. Espera-se que as famílias tenham condições de se reorganizar, administrar o seu cotidiano; manter relações afetivas entre os membros; restabelecer a confiança nos elos familiares; proteger seus membros; conter os abusos; melhorar a comunicação intrafamiliar; suprir as necessidades de apoio e desenvolvimento de todos.

Atendimento à família

Em vez de se focar a responsabilização da família sobre as situações de violência, é importante valorizar a família e seu potencial de cuidadora, no sentido de promover “ambientes familiares saudáveis”. É preciso vencer o isolamento que costuma acompanhar as famílias afetadas pela violência. Embora muitas vezes se vejam isolados, os profissionais devem atuar em rede, havendo necessidade de um trabalho em equipe com abordagem interdisciplinar.

É crucial promover uma escuta empática – e não uma escuta burocrática, mecânica e fria – com a finalidade de valorizar as formas de comunicação, a auto-estima, o potencial da família e o fortalecimento dos

vínculos. Deve-se evitar a díade agressor-vítima, tomando a família e sua dinâmica como foco de atenção.

A reincidência da agressão é outro problema a ser enfrentado, sendo necessário identificar os fatores de risco associados a ela. O sucesso do atendimento está em interromper a violência e trabalhar na transformação das estruturas sociais que causam ou potencializam esse ciclo. Para tanto, é preciso enfrentar as normas e os valores que legitimam a violência, garantindo direitos e a implementação de leis que protejam as pessoas e reduzam as desigualdades econômicas e socioculturais.

Há formas diferenciadas de atendimento a crianças, adolescentes e famílias (agressores ou não) vítimas de violência nas instituições. Em geral, as unidades têm como primazia o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e negligência; os abusos físicos também são muito comuns, e o abuso psicológico é o tipo menos percebido. Os casos costumam ser encaminhados aos serviços referenciados para vítimas de violência pelo Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Vara da Família, Delegacia da Mulher, Ministério Público, serviços de saúde, escolas e, menos frequentemente, pela própria família. Muitas vezes, a falta de preparo de alguns conselheiros tutelares reproduz uma postura de culpabilização e julgamento moral, o que deixa os familiares mais acuados e temerosos. Uma escuta e abordagem diferenciadas são importantes para uma ajuda efetiva e eficaz à família. Em seguida descrevemos algumas das principais estratégias construídas para abordar as crianças, os adolescentes e as famílias.

Tipos de intervenção com crianças, adolescentes e famílias com dinâmica de violência

Entrevista individual com a criança ou o adolescente – identificar o perfil social e psicoeducativo, e observar as características de cada criança ou adolescente; descrever situações da vida e realizar um diagnóstico sociofamiliar; realizar encontro empático, lúdico e que favoreça o vínculo, especialmente com crianças pequenas.

Entrevista com familiares – conhecer melhor a criança, o adolescente, o casal e o idoso; conhecer a condição socioeconômica da família e a rede de apoio; obter informações sobre a história de vida do pai, da mãe, dos filhos e de outros integrantes da família; compreender a dinâmica familiar.

Visita domiciliar – conhecer o ambiente familiar, a situação socioeconômica e a comunidade de origem, criando relação de confiança e de parceria. É uma boa estratégia de envolvimento da família, pois permite uma atuação mais direta no cotidiano, podendo se tornar alvo de ações preventivas.

Atendimento psicoterápico individual com a criança ou o adolescente – oferecer apoio psicológico com o uso de recursos lúdicos e expressivos; compreender os efeitos do abuso e construir formas de interromper; acolher e tratar o sofrimento dele resultante.

Atendimento psicoterápico com a família – favorecer o funcionamento saudável do sistema familiar; compreender e mudar padrões de interações na família; trabalhar a escuta e a expectativa da família; favorecer a fala sobre os conflitos, melhorando a comunicação intrafamiliar, a noção de limites e fronteiras, e os papéis entre gerações; interromper o ciclo da violência.

Grupos de crianças e adolescentes – propiciar uma vivência positiva, resgatando a espontaneidade, liberando o potencial criativo e proporcionando a convivência com pares que passaram por situações semelhantes; favorecer a (re)elaboração da experiência traumática; ajudar a compreender que a responsabilidade do abuso é do adulto, evitando a introjeção da culpa por parte da criança vitimizada.

Grupos de pais – refletir sobre o cotidiano, buscando alternativas para as dificuldades encontradas; exercitar a construção de soluções para os problemas relacionais com o uso de recursos próprios, elevando a auto-estima; mobilizar as famílias a construir um espaço social mais digno para si mesmas, com o desenvolvimento de seu papel de educadoras/cuidadoras dos filhos; esclarecer o papel dos pais, trabalhando a colocação de limites com afetividade e orientar sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil. É interessante trabalhar o grupo com jogos ou dinâmicas, fazendo a escolha conjunta do tema e o compartilhamento de vivências. Na prática, a participação é quase exclusivamente das mães.

Grupos com autores de agressões – construir um espaço seguro e de acolhimento para a tomada de consciência das implicações e das razões dos atos violentos praticados, buscando novas formas de lidar com as situações-problema, desenvolvendo maior tolerância e formas mais apropriadas de lidar com as ansiedades. Há casos em que esse tipo de

atendimento funciona melhor quando a pessoa vem encaminhada pela Justiça. Ainda é um recurso pouco utilizado e que necessita ser mais difundido.

Há dificuldades para a família reconhecer a violência como parte de seu cotidiano e como uma violação dos direitos da criança, do adolescente, da mulher, do homem ou do idoso (quando for o caso) e das consequências para a saúde. Há ainda o desafio, para os familiares, de analisar a própria história pessoal, comumente marcada pela violência e pelo excessivo sofrimento durante a infância. A dificuldade é maior quando se trata de abuso sexual, seja pela vergonha, seja por ter de admitir que o(a) companheiro(a), o pai ou a mãe foram os responsáveis por tais atos.

O apoio psicológico é recomendado em muitos casos, tendo como objetivo: conhecer e compreender as diferentes situações de violência apresentadas, com seus múltiplos fatores; promover ou ajudar os mais vulneráveis a aprender a "pedir ajuda"; rever os papéis femininos e masculinos e as diferenças entre gerações, trabalhando as dificuldades de relacionamentos dentro da família; ressignificar a vida, com abertura para novas perspectivas; dar suporte e encorajamento para enfrentamento das dificuldades pessoais e de conjuntura familiar, ajudando a família a reescrever suas histórias, com melhores perspectivas de vida e de futuro.

Para refletir

Que dificuldades você sente para ajudar uma família com dinâmica de violência?

Apesar de tais dificuldades, o que é possível fazer para interromper a violência?

Considerações éticas com a qualidade da intervenção (BRASIL, 2002)

Sigilo e segurança – o compromisso da confidência é fundamental para conquistar a confiança do cliente. No caso de crianças e adolescentes, o profissional é obrigado por lei a notificar ao Conselho Tutelar, como uma medida de proteção. Mesmo diante da denúncia ao CT, o sigilo será mantido. A necessidade de intervenção na família visa ao resgate do papel dos pais e a garantia da segurança das crianças e dos adolescentes.

A intervenção não pode provocar maiores danos – o ato de expor detalhes muito pessoais e dolorosos a um estranho pode fragilizar ainda mais

a vítima, provocando fortes reações negativas. O profissional deve estar capacitado a desenvolver uma atitude compreensiva, e não julgadora. Deve evitar que a pessoa entrevistada seja interrogada mais de uma vez, por mais de um interlocutor, sobre os mesmos aspectos do problema.

Respeitar o tempo, o ritmo e as decisões das pessoas – ao sofrer violência, cada pessoa lida com as situações da maneira que acredita ser a melhor, não estando muitas vezes pronta para aplicar as orientações e os auxílios recebidos. Não é papel do profissional acelerar esse processo ou tentar agilizar a decisão de seus clientes, tampouco culpabilizá-los por permanecerem na relação de violência. É preciso saber respeitar o tempo e investir na capacidade das famílias para enfrentar os obstáculos.

Os profissionais devem estar atentos ao impacto da violência em si mesmos – a violência intrafamiliar afeta todos os que se envolvem com ela, inclusive os profissionais. O contato com situações de insegurança, risco e sofrimento desperta questionamentos e gera sentimentos de impotência em função da impossibilidade de obter soluções imediatas, exigindo dedicação e cuidado para buscar o alívio de suas próprias tensões. É preciso criar oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação das equipes para expor e trabalhar seus sentimentos e reações.

Estratégias de atendimento às famílias

Os serviços que atendem as famílias com dinâmica de violência precisam ter clareza dos propósitos e da abrangência de sua atuação, estabelecendo vínculos consistentes e contínuos com os Conselhos Tutelares e parcerias comunitárias. É fundamental uma articulação com as demais entidades, estabelecendo uma verdadeira atuação em rede. A composição das equipes deve ser de caráter multidisciplinar e deve conter profissionais com formação em terapia de família. É preciso assegurar as seguintes competências profissionais para a atuação nessa equipe: capacidade de negociação, empatia, sensibilidade e respeito às diferenças. É necessário investir na capacitação profissional de todos os membros da equipe, inclusive de profissionais de apoio, além de proporcionar suporte psicológico ao profissional e supervisão técnica para a discussão dos casos.

Atualmente, os serviços que dão apoio a famílias afetadas pela violência priorizam o atendimento da mãe e da criança ou adolescente vítimas, de

modo que nem o pai, nem os irmãos costumam ser envolvidos no acompanhamento prestado, quando se trata de violência contra a criança e o adolescente (DESLANDES et al., 2004).

É crucial, dentro do possível, o envolvimento de toda a família, tendo em vista que a violência funciona sistemicamente e pode ganhar novos direcionamentos se o sistema familiar não for acolhido por inteiro. A ausência de atendimento de familiares agressores, especialmente de homens envolvidos em abuso sexual, revela uma lacuna na rede de atenção. O estigma de "agressor" sem a oportunidade de um apoio pode fazer com que a pessoa acredite que falhou de modo irreversível em seu papel de cuidador, favorecendo a reprodução de atos futuros. A escuta, a acolhida respeitosa e afetuosa e a flexibilidade de horários para atender demandas inesperadas são pontos positivos para uma boa abordagem familiar.

O livro *Famílias*: *parceiras ou usuárias eventuais? – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes* (DESLANDES et al., 2004) ressalta a importância de as famílias serem acolhidas nos atendimentos não apenas como usuárias dos serviços, mas sobretudo como parceiras e co-construtoras da relação de ajuda.

A partir do confronto da literatura e dos achados de serviços de referência voltados para o atendimento de famílias com dinâmica de violência contra crianças e adolescentes, foram definidas as seguintes metas para a construção de um serviço eficaz com famílias:

- Prestar uma atenção integral à família de forma contínua e sistemática.
- Negociar com a família o plano de atendimento.
- Promover um atendimento comprometido com a promoção da auto-estima e o "empoderamento" dos familiares, visando ao desenvolvimento de sua capacidade de administrar conflitos e melhorar a convivência.
- Promover estratégias para a criação de vínculos estreitos entre profissionais e família.
- Assegurar o atendimento ao autor de agressões (socioeducativo ou psicoterápico), seja no próprio serviço, seja pelo encaminhamento efetivo à rede.
- Acessar, sempre que a equipe considerar necessário, os serviços de responsabilização judicial do autor de agressões.

Confira o conceito de empoderamento na Parte I, Capítulo 5.

- Promover visitas domiciliares, ampliando o acompanhamento.
- Oferecer horários alternativos para os atendimentos realizados nos serviços.
- Buscar apoio social para garantir às famílias mais pobres o acesso ao atendimento e à melhoria de condições de sobrevivência.
- Definir coletivamente critérios para encerrar o atendimento.
- Registrar os casos de reincidência a fim de se repensar um tratamento adequado dos mesmos.
- Monitorar as situações de abandono, buscando estratégias de reincorporação aos serviços.
- Estabelecer uma rotina de notificação dos casos aos Conselhos Tutelares e, na sua ausência, aos órgãos competentes.

É preciso avançar e produzir conhecimento teórico e prático sobre a melhor forma de atender em conjunto, sempre que possível, as famílias das vítimas de violência, sejam elas de diferentes faixas etárias ou pertencentes a diversos grupos vulneráveis.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar*: orientações para a prática em serviço. Brasília,: MS, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8).

CARVALHO, M.C.B. O lugar da família na política nacional. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p.15-22.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SILVA, H. O. (Coord.). *Famílias*: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: Claves; UNICEF, 2004.

FERRARI, D.C.A.; VECINA, T.C.C. *O fim do silêncio na violência familiar*: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.

FINKELHOR, D. Common features of family abuse. In: FINKELHOR, D. et al. (Ed.). *The dark side of families*: current family violence research. London: Sage Publication, 1983. p.11-16.

GELLES, R. An Exchange Social Theory. In: FINKELHOR, D. et al. (Ed.). *The dark side of families*: current family violence research. London: Sage Publication, 1983. p.151-165.

MEYER, D.E.E. et al. Você aprende, a gente ensina?: interrogando relações entre ações de saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

NÃO é fácil, não!: prevenindo a violência de homens contra mulheres. Produção do Instituto Promundo. Colaboração do Instituto NOOS (Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais). Rio de Janeiro: Três Laranjas Comunicações, [2002]. 1 videocassete (18 min), VHS, son, color.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F. (Org.). *Família*: rede, laços e políticas públicas. São Paulo: IEC/PUC-SP, 2003. p.21-36.

SEGALEN, M.A. *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar, 1999.

10. Pessoas institucionalizadas e violência

Paulo Amarante, Nádia Degrazia Ribeiro e Patricia Constantino

Neste capítulo são abordadas algumas formas de institucionalização, tradicionalmente reconhecidas pelas relações de violência existentes. Pretende-se acrescentar novos conhecimentos à experiência de cada profissional no que diz respeito às situações de institucionalização que estigmatizam, que deixam consequências à saúde física, mental e à inserção social daqueles que por elas passaram. Tipos de instituições priorizadas neste capítulo:

- prisionais (adultos);
- de ressocialização (adolescentes em conflito com a lei);
- abrigos para idosos;
- acolhedoras de pessoas com problemas mentais.

Deixamos de lado um grande número de instituições de internamento, que também podem agir de forma violenta. Vale ressaltar que a própria hospitalização por qualquer tipo de doença pode vir a ser plena de diversas formas de violência. Podemos mencionar:

- peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- falta de escuta e tempo para ouvir a clientela;
- frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais para com os usuários;
- discriminação de pacientes por questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental;

- violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento; aceleração do parto para liberar leitos; preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas, portadoras do HIV, quando estão grávidas ou desejam engravidar);
- desqualificação do saber prático e da experiência de vida da população, diante do saber científico;
- violência física e psicológica;
- detrimento das necessidades e dos direitos da clientela;
- críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, em vez de se promover uma escuta atenciosa para acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe proporcionem mais segurança;
- diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

Pretende-se nortear o aprendizado do capítulo com estudos de casos que levem o leitor a refletir sobre sua abordagem, quando estiver lidando com pessoas nestas situações, articulado em três eixos:

a) Que instituições são essas?

b) Que pessoas vão parar nessas instituições?

c) Como abordar essas pessoas sob uma perspectiva de saúde que previna e trate doenças e males associados e produzidos pela institucionalização?

Momentos de reflexão e atividades são propostos ao longo do capítulo. Ao final, apresentamos uma atividade para consolidação dos seus conhecimentos.

Recomenda-se a leitura do texto "Mulheres negras, violência e pobreza", escrito pela filósofa Sueli Carneiro (2003). Essa leitura é importante.

Você pode acessar esse artigo e outros com temas afins no site www. planalto.gov.br/spmulheres. Lá, visite o link Publicações e clique no documento "Diálogos sobre violência doméstica e de gênero – construindo políticas públicas".

CASO **A VIDA DE PRISCILA (SISTEMA PRISIONAL)**

Cena 1

Priscila é uma jovem negra de 23 anos, com três filhos de 4, 3 e 1 ano, registrados só em seu nome. Cuida sozinha das crianças e trabalha como faxineira em casa de família. No momento está trabalhando apenas em uma casa e seu dinheiro está mais "curto" do que nunca, mas não tem vontade de procurar

outras casas. Quando criança e no início da adolescência, também fez faxinas em casas de família que sua mãe arranjava, e muitas vezes ficava mais de um mês sem ir para casa.

Priscila tem vontade de ter outra atividade, mas estudou pouco e não vê alternativa. Quando sai para trabalhar, deixa os filhos com a vizinha, dona Zezé. A relação com a família de origem está estremecida desde seu penúltimo relacionamento amoroso, que não tinha aprovação familiar. Saiu do subúrbio onde foi criada e foi morar na casa da mãe do namorado, em uma favela na zona sul carioca. Contava com a ajuda dela para criar seu primeiro filho e logo engravidou novamente. O relacionamento durou somente até o nascimento do segundo filho, porque o companheiro era violento, e a sogra não a apoiava quando havia brigas.

Alugou um barraco e, tempos depois, iniciou relacionamento com um rapaz ligado ao tráfico. Após o nascimento do filho deles, ele pediu-lhe para guardar drogas ilícitas em sua casa. No dia em que foi presa, Priscila estava chegando do trabalho. Condenada a três anos em regime fechado, não teve oportunidade sequer de falar com a vizinha ou com seus filhos. Dona Zezé, sem saber o que fazer com as crianças, pediu ajuda ao Conselho Tutelar.

A condição de ser branco ou negro não é apenas uma diferença na cor da pele. A vida das pessoas negras é afetada em todas as esferas e as mulheres sofrem esses efeitos de forma particular.

Você sabia que a infância de Priscila é muito parecida com a de 172.332 crianças e adolescentes (de 5 a 15 anos) que trabalham e recebem 60% menos que um adulto na informalidade? Isso quando recebem, pois alguns trabalham em troca de casa e comida. Dessas crianças e jovens, 64% são negros como Priscila. No passado, Priscila viveu uma série de situações de risco, pois muitos patrões julgam que suas jovens empregadas são sua propriedade, inclusive no sentido sexual. Na época, Priscila ganhava dinheiro em troca de trabalhar mais de 12 horas por dia e via a família de dois em dois meses. A quantia representava 2% da renda familiar de seus pais.

Para mais informações, consulte a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, disponível em: www.ibge.gov.br.

Você conhece o funcionamento de um Conselho Tutelar? O conselho é um órgão permanente e autônomo, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. A definição e as atribuições do conselho estão descritas no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003), instituído pela Lei n. 8.069/90, que trata da proteção integral à criança e ao adolescente.

Os direitos à proteção dos filhos de Priscila estavam ameaçados após a prisão dela, pois não havia nenhum responsável legal por seus cuidados, apesar da boa vontade de dona Zezé.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003) está disponível no site: www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8069.htm

No ECA, no capítulo "Das medidas específicas de proteção" (artigos 99-102) e no artigo 101, inciso 7, é mencionada a medida de abrigar em entidade, aplicada pelo Conselho e Juizado da Infância e Juventude para proteger temporariamente as crianças de casos como esse, enquanto a mãe estiver presa (BRASIL, 2003).

Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso *A vida de Priscila*

Os profissionais que atuam nas unidades de saúde do serviço público atendem, em sua maioria, pessoas pobres cujas vidas e a de seus familiares muitas vezes passam por situações de institucionalização em locais fechados. Há também os profissionais de saúde que atuam diretamente em abrigos, internatos e prisões, em funções ligadas à segurança e disciplina ou fazendo parte da equipe técnica como assistentes sociais, educadores, enfermeiros, médicos e psicólogos.

Existem locais onde as pessoas ficam institucionalizadas por opção, como, por exemplo, os conventos e outros tipos de instituições religiosas. Mas na maior parte das instituições, e especialmente naquelas que nos interessam nesta discussão, as pessoas permanecem por razões alheias à sua vontade. É o caso de crianças em abrigos, de adolescentes que cumprem medida socioeducativa, de adultos que são presos, de idosos que acabam suas vidas nos asilos.

Casas-abrigo são locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral a mulheres em situação de risco de vida iminente, em razão de violência doméstica. É um serviço de caráter sigiloso e temporário, no qual as usuárias podem permanecer por um período determinado, durante o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas.

Há ainda as instituições que abrigam mulheres em situação de risco e pacientes psiquiátricos. As pessoas que cometeram crimes e que tiveram comprovada sua incapacidade mental, são encaminhadas aos manicômios judiciários.

De acordo com o Código Penal, quando doentes mentais cometem crimes, eles são considerados "inimputáveis" (não imputável, irresponsável) e não estão submetidos à lei como as pessoas consideradas sãs mentalmente. Devem, no entanto, ser internados para cumprir medida de segurança em instituições denominadas Manicômios Judiciários, que são espaços prisionais e hospitalares. No Rio de Janeiro, desde 1921

funciona um desses manicômios, denominado Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho.

O livro de Sérgio Carrara, *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século* (1998), é excelente leitura para a compreensão desse tipo peculiar de instituição e do contexto histórico no qual se deu sua criação.

Você sabe o que é estigma?

Na década de 1950, antes de publicar o livro *Estigma*, Goffman escreveu uma obra clássica sobre um determinado tipo de instituição em que pessoas ficam internadas. A essas instituições ele deu o nome de instituições totais. Goffman definiu-as como locais de residência ou trabalho em que um grande número de indivíduos, com situação semelhante, permanece separado da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada. Essas instituições geralmente são incompatíveis com a vida familiar e os trabalhos oferecidos aos internos costumam ser desmoralizantes e inúteis para o retorno desses indivíduos à vida livre. O autor acredita que a entrada e a permanência de uma pessoa nesse tipo de instituição acarretam uma mortificação do eu, seu estojo de identidade prévio é desmantelado, a pessoa se torna anônima ou passa a ser identificada por um número.

Estigma, no *Dicionário Aurélio* (FERREIRA, 1986), tem como significados: "cicatriz, sinal, marca infamante, vergonhosa".

O sociólogo Erving Goffman propõe o uso do vocábulo "estigma" em referência a um atributo depreciativo. Ele seleciona três tipos de estigma: as deformidades físicas; as de raça, nação e religião, e as culpas de caráter individual (GOFFMAN, 1978).

No caso das prisões, por exemplo, alguns pertences e peças de vestuário podem ser levados pelo indivíduo para sua cela, quarto ou alojamento, ficando todos os outros em serviços de custódia. Tal procedimento se deve a fatores de segurança, falta de espaço, e tem como consequência a perda de identidade. Os presos, quando em celas coletivas, têm como espaço próprio apenas sua cama, chamada de comarca. Não há armários ou espaços privados equivalentes. Em algumas penitenciárias há alojamentos individuais, e o preso pode circular fora de sua cela até o toque de recolher ao final do dia. Porém, na maior parte delas, o indivíduo sai da cela apenas para atendimentos nas seções administrativa, educacional, jurídica e de saúde.

Goffman (1978) agrupou as instituições totais em cinco tipos principais:

1. instituições para pessoas que seriam incapazes e inofensivas, como casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes;

2. instituições destinadas às pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional, como os sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e com hanseníase;

3. instituições organizadas para proteger a comunidade contra perigos intencionais, como cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração;

4. instituições destinadas a realizar de forma mais adequada algum tipo de trabalho, como os quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias;

5. instituições destinadas ao refúgio do mundo ou instrução para religiosos, como mosteiros e conventos.

O retorno ao mundo, após permanência nessas instituições, é tão problemático quanto o período de reclusão. Ter vivido nelas, especialmente nas prisões e nas escolas, para cumprimento de medidas socioeducativas, é uma marca estigmatizante que dificulta uma nova inserção.

Mesmo no caso das instituições fechadas e livres de estigmas, o tempo passado nelas dificulta ou impede um retorno aos papéis anteriores, gerando um descompasso permanente entre o ex-internado e todos os componentes de sua vida.

Vamos retornar ao caso de Priscila.

CASO **A VIDA DE PRISCILA (SISTEMA PRISIONAL)**

Cena 2

Os filhos de Priscila são colocados em um abrigo. Dona Zezé, Priscila e as crianças ficam meses sem notícias uns dos outros. Só quando Priscila chega ao presídio, após meses na delegacia, é que passa a ser atendida pela assistente social, que localizou seus filhos no abrigo Sementes do Bem, com ajuda de profissionais da Primeira Vara da Infância e Juventude.

Cena 3

Na prisão, Priscila não consegue dormir, sente-se fraca, nervosa e assustada. Em sua cela, dormem mais 29 mulheres. Observa que volta e meia as guardas levam pequenos grupos para fora da cela, chamando seus nomes e anunciando "social, psicóloga, médico". Pensa em ir ao médico para tomar algum medicamento, mas não sabe se deve pedir e não tem coragem de perguntar. Um dia seu nome é chamado e ela desce para o ambulatório médico.

Cena 4

Seus filhos estão em situação igualmente difícil: o pequenino está apático e pouco se movimenta, e os mais velhos mostram-se muito agressivos com as outras crianças e choram a todo momento. O casal responsável pelo grupo de dez crianças, entre os quais os meninos de Priscila, está muito acostumado a cuidar de crianças afastadas dos pais, e ambos acreditam que a adaptação ao novo ambiente sempre é difícil. De qualquer forma, Maria do Socorro, responsável pelo grupo de crianças, consulta seu marido sobre a possibilidade de eles irem até o posto de saúde pedir alguns conselhos à assistente social e à psicóloga a quem costumam recorrer em momentos de aperto. Socorro se pergunta se o fato de a mãe ter sido presa pode trazer algum tipo de problema específico àquelas crianças. Já cuidou de meninos e meninas abandonadas, mas nunca teve nenhum caso de criança institucionalizada por motivo de prisão da responsável.

Cena 5

Priscila responde às perguntas do médico e diz que não está conseguindo dormir, e que apareceram vários furúnculos em seu corpo. O médico informa que acabou o estoque dos remédios que ajudam a dormir e receita então algumas vitaminas, caso ela tenha algum parente ou amigo que possa comprar. Prescreve uma injeção para os furúnculos, orienta a enfermeira a marcar para o mês seguinte uma consulta na ginecologia e pede exames de urina e de sangue. Priscila tem vontade de falar mais, porém se sente constrangida por saber que muitas outras pessoas estão lá fora aguardando.

Cena 6

Maria do Socorro deixa as crianças com o marido e vai até o posto. Consegue entrar na sala da psicóloga duas horas depois. Explica a situação dos meninos recém-chegados e a psicóloga pergunta o que ela sabe sobre eles, além de seus nomes. Socorro menciona um relatório de uma página que veio junto com os meninos, citando o nome da mãe e acrescentando que ela está presa no centro do Rio. A psicóloga sugere que ela converse com os meninos, mencionando o nome da mãe deles e dizendo que ela está em um lugar de onde não pode sair para vê-los ou buscá-los. Socorro se pergunta se eles vão entender, já que são tão pequenos. A psicóloga chama a assistente social e conversam sobre a possibilidade de um contato com o presídio e com os profissionais da Vara da Infância e da Juventude. Socorro pensa em fazer algumas perguntas sobre prisão, crime, sobre o fato de eles serem filhos de alguém que cometeu crime. Mas acha que a psicóloga pode pensar mal dela e vai embora achando que eles são como qualquer criança separada da mãe, e que a deles pode ser como qualquer outra, apesar de ter feito besteira. Antes de ir embora, Socorro marca pediatra para as crianças, pois eles não conseguem se curar da gripe, têm uma ronqueira e coriza constantes.

Para refletir

Se você trabalhasse no abrigo onde os filhos de Priscila se encontram, o que você faria para ajudá-los?

O que você acha das sugestões da psicóloga do posto?

E dos pensamentos de Socorro?

CASO **A VIDA DE PRISCILA (SISTEMA PRISIONAL)**: SEGUNDO MOMENTO NO ABRIGO E NA PRISÃO

No abrigo

Já foi marcada uma visita das crianças à mãe. Dona Socorro e seu marido já conversaram com eles sobre o encontro que vai acontecer em breve. Eles estão menos chorões e já brincam com as outras crianças. O pequenino adora ficar no colo de Socorro, e ela sempre o segura um pouquinho quando pode. Ele já começa a dar os primeiros passos. Socorro os flagrou gargalhando um dia desses e pensa como foi bom os três terem vindo juntos para o abrigo. Orgulha-se em pensar que o local onde ela trabalha e também vive parece uma casa, e não uma prisão como os abrigos de antigamente.

- O recente livro de Irene e Irma Rizzini (2004), *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafio do presente*, aborda uma pesquisa histórica sobre a questão.
- O livro de Sônia Altoé (1990), *Infâncias perdidas*, descreve o cotidiano de abrigos-internatos que funcionavam em 1990 como grandes depósitos de crianças desamparadas. A autora destaca problemas que surgem desde o ingresso na instituição, quando ocorre a primeira separação entre o responsável e a criança, passando pelas sucessivas transferências que ocorrem concomitantemente ao crescimento da criança, até o momento da saída.
- Acesse o site www.ipea.gov.br. Consulte o campo Pesquisa e digite “abrigos”.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003), a medida de abrigo deve ser aplicada em caráter de brevidade e excepcionalidade. O abrigo que Socorro e o marido coordenam funciona de acordo com esses princípios. Sabe-se, no entanto, que mesmo decorridos muitos anos da aprovação do Estatuto (1990), ainda existem instituições que pouco diferem dos asilos e orfanatos antigos.

Pesquisa recente sobre os abrigos realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) revela que, das crianças abrigadas, 58% são meninos, 63% são afrodescendentes, 61% estão entre 7 e 15 anos. Dirigentes entrevistados afirmam que em 35% dos casos o retorno das crianças e adolescentes fica comprometido em função das mínimas condições socioeconômicas das famílias.

Verifica-se que não existem no país estatísticas que dimensionem o número de crianças e adolescentes institucionalizados. A revisão da literatura sobre o tema, incluindo documentação dos séculos XIX e XX, revela que não houve até o momento uma contagem sistemática do número de crianças internadas no país. Os números apontados

em relatórios do governo referem-se apenas a algumas instituições e mostram-se pouco confiáveis.

CASO **A VIDA DE PRISCILA (SISTEMA PRISIONAL)**: NA PRISÃO

Priscila vai à sala da assistente social, onde consegue falar com os filhos pelo telefone e toma conhecimento do agendamento da visita. Em sua cela observa que algumas mulheres vão ao psicólogo e não parecem loucas. Decide perguntar a uma delas – que achou mais simpática – como é a conversa com a psicóloga e decide ir também. Esta lhe sugere que escreva cartas para seus filhos e conhecidos, e pergunta se na cela existe alguém com quem ela possa conversar.

Durante o tratamento psicológico, Priscila resolve frequentar um culto religioso, apesar de nunca ter praticado religião, e inscreve-se para aulas de informática. Recebe uma carta de sua vizinha e não consegue imaginar como ela pôde ser tão esperta a ponto de descobrir seu novo endereço. E ainda tem mais novidade: recebeu um bilhete de um rapaz do presídio ao lado. O bilhete subiu pela janela e uma presidiária mais antiga puxou a linha com várias cartas. No bilhete, ele conta que a achou linda quando a viu no banho de sol através da janela.

Para refletir

Existem características das instituições que podem aumentar o adoecimento de seus habitantes ou promover sua saúde. O profissional pode contribuir para as duas situações

PERFIL DOS HOMENS E MULHERES PRESAS NO RIO DE JANEIRO

Segundo os resultados do III Estudo Biopsicossocial dos Apenados do Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, realizado em 2003, das mulheres presas, 73% têm entre 22 e 40 anos, sendo que 43% estão na faixa de 22 a 30 anos; 60% têm de um a três filhos; 60% não têm companheiro. A pesquisa de Bárbara Musumeci Soares e Iara Ilgenfritz (2002) sobre mulheres presas no Rio de Janeiro revela que em 2000 o número de mulheres presas cresceu 132% em comparação ao ano de 1988, em função do aumento da participação das mulheres no tráfico. O aumento do número de homens presos é menor que o de mulheres, mas estas ainda são minoria nas prisões. Em 2000 havia 633 mulheres e 16.257 homens presos. Em 2003, 60% das mulheres e 37% dos homens foram condenados pelo artigo 12 (tráfico de entorpecentes). Essa diferença não

significa que as mulheres trafiquem mais que os homens, e sim que, proporcionalmente, mais mulheres do que homens são condenadas por esse artigo e vão presas.

No caso dos homens, 44% estão presos por tráfico de drogas e 32%, por roubo. Assim como as mulheres, a maior parte deles é muito jovem. Entre os homens, 18% têm de 18 a 21 anos e 54,2%, de 22 a 30 anos. O dado relativo à vida conjugal é bastante diferente no caso dos homens: entre eles, 54% tinham esposa ou companheira quando foram entrevistados no estudo mencionado, contra 40% de mulheres com companheiro, sendo que, com o aprisionamento, as mulheres tendem a ficar sozinhas, pois seus companheiros não as acompanham, como costuma acontecer com as mulheres de homens presos. Os filhos dos homens presos ficam com suas mulheres ou ex-mulheres (90%), e as mulheres que não contam com as próprias mães para deixar seus filhos vivem situações como a de Priscila.

Para mais detalhes a respeito:

- leia o livro *Prisioneiras, vida e violência atrás das grades*, de Bárbara Musumeci Soares e Iara Ilgenfritz (2002);
- consulte o site www.supersaude.rj.gov.br.

Não são raros os casos em que as diversas instituições fazem parte da trajetória de vida de algumas pessoas. Criadas em orfanatos, muitas dessas crianças acabam se tornando infratoras por não terem tido outras oportunidades de inserção. Assim fazem a passagem do abrigo às instituições que atendem jovens em conflito com a lei. Como já foi apontado muitas vezes, o percurso continua dessas unidades para os presídios.

Adolescentes em conflito com a lei

Neste item, vamos conhecer um pouco das instituições destinadas a esses jovens.

Existem no Brasil cerca de 10 mil adolescentes internos em instituições de privação de liberdade. Este número é muito pequeno quando comparado ao total de adolescentes – com idade entre 12 e 21 anos – existentes no Brasil (em torno de 33 milhões). Isso significa que, para cada 10 mil adolescentes brasileiros, existem menos de três adolescentes privados de liberdade.

Segundo o Mapeamento Nacional do Sistema de Atendimento Socioeducativo realizado pelo Ministério da Justiça, são adolescentes do sexo masculino (90%); com idade entre 16 e 18 anos (76%); da raça negra (mais de 60%); não frequentavam a escola (51%); não trabalhavam (49%); e viviam com a família (81%) quando praticaram o delito. Não

concluíram o ensino fundamental (quase 50%); eram usuários de drogas (85,6%); e consumiam, majoritariamente, maconha (67,1%), cocaína/crack (31,3%), e álcool (32,4%). Os principais delitos praticados por esses adolescentes foram: roubo (29,5%); homicídio (18,6%); furto (14,8%); e tráfico de drogas (8,7%).

Alguns resultados do Mapeamento Nacional do Sistema de Atendimento Socioeducativo, realizado em 2002 pelo Ministério da Justiça, estão disponíveis no site www.ipea.gov.br, no texto escrito por Enid Rocha Andrade Silva e Simone Gueresi: *Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil* (2003).

Sobre a oferta de "ações de saúde" aos adolescentes privados de liberdade, a grande maioria das unidades utiliza os serviços de saúde pública local. Cerca de metade dessas ações tem profissionais contratados com recursos próprios.

Assim, é evidente que os adolescentes privados de liberdade são atingidos pelas mesmas dificuldades que a maioria da população enfrenta ao utilizar a saúde pública – demora na marcação de consultas, falta de especialistas, dificuldades para realização de exames de maior complexidade, além de outras questões, como o preconceito, expresso na negação ou na negligência do atendimento.

CASO AS MUITAS DIFICULDADES DE CAMILA

Camila é uma jovem de 14 anos interna de uma instituição para meninas infratoras. Essa jovem chegou à instituição dizendo ser portadora de HIV e que fazia acompanhamento em uma unidade de saúde do município.

Dentro da instituição, ela sofria preconceitos das outras internas, pois estas associavam a doença de Camila à prática da prostituição. A instituição contava apenas com dois auxiliares de enfermagem e uma psiquiatra que trabalhava em dois plantões semanais, além da equipe de psicólogos e assistentes sociais.

Camila se configurava como um problema para a instituição: eram muitos os conflitos entre ela e as demais jovens que a provocavam. Camila utilizava a doença como forma de amedrontar as demais internas (se cortava e dizia que iria contaminá-las). A instituição não dispunha de infra-estrutura para cuidar da saúde da jovem, que já estava bastante debilitada. As idas às unidades de saúde se configuravam como um problema a mais, pois nem sempre havia viatura disponível, nem sempre havia disponibilidade de monitores para acompanhá-la, além das dificuldades encontradas em conseguir atendimento. Em contrapartida, a jovem se queixava de ter que sair da unidade uniformizada e dizia que todas a olhavam de maneira diferente: "Além de aidética, todo mundo fica sabendo que eu sou criminosa".

Camila faleceu quando ainda estava cumprindo a medida socioeducativa.

Para refletir

Se você fizesse parte da equipe de saúde dessa unidade, qual seria seu procedimento nesse caso?

Há ainda a ausência de assistência aos dependentes químicos e de ações em saúde mental. Quando oferecidos nas próprias unidades, os serviços variam bastante, desde a realização de ações preventivas, orientação sobre DST/AIDS e distribuição sistemática de preservativos, até denúncias de negligência e descaso diante dos problemas de saúde dos adolescentes.

> Outro problema é a excessiva utilização da psiquiatria como recurso para manter a "ordem" nas instituições de ressocialização, seja através da excessiva utilização de medicação sedativa ou da internação em hospitais psiquiátricos, muitas vezes sem justificativa técnica. Estudos têm mostrado que estes jovens infratores tendem a ficar internos mais tempo que os que têm quadros psiquiátricos que demandam internação (LIMA, 1993; BENTES, 1999; VICENTIN, 2006).

Idosos institucionalizados

A violência institucional no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Nos idosos asilados, há um predomínio das faixas etárias superiores a 70 anos, diferenciando-se dos idosos domiciliados, cujo maior número se concentra nas faixas etárias inferiores, de 60 a 70 anos. A idade em si não é um determinante de asilamento, mas as condições de saúde, levando-se em consideração a capacidade funcional relacionada à manutenção ou perda da autonomia e da independência.

Constatou-se que cresce o percentual de internados na medida em que aumenta a faixa etária, se considerada de dez em dez anos, o que comprova que a saúde declina com o passar do tempo.

A feminização da velhice é uma constatação mundial. Segundo análise feita com base nos dados do Censo Demográfico de 2000, no Brasil a diferença na distribuição das pessoas idosas por sexo cresce significativamente à proporção que aumenta a faixa etária. Há uma predominância feminina de 6,4% na faixa etária dos 60 aos 64 anos, crescendo constantemente até atingir a diferença de 31,6% na faixa de 95 a 99 anos. Várias são as hipóteses sobre a longevidade da mulher; entre elas, o

acompanhamento médico-obstétrico mais efetivo, maior preocupação e mais cuidados em relação às doenças e à prevenção da saúde, padrões de comportamento e estilo de vida mais saudável – o que atenua os fatores de risco –, menor exposição a riscos relativos a acidentes de trabalho e de trânsito, menos homicídios e suicídios.

O estilo de vida tem relação direta com o estado físico-mental de uma pessoa. O asilamento provoca mudança no estilo de vida do idoso, que passa a ser caracterizado pela passividade, pela não-participação, pela ausência do exercício da autonomia, supondo alterações profundas que conduzam a atitudes de espera. Essa mudança não é uma opção pessoal; é provocada pela condição de ser asilado.

O atendimento à saúde dos idosos institucionalizados em nível emergencial é feito principalmente pelo SUS – Pronto Atendimento 24 horas. As situações de urgência e emergência são atendidas por equipes externas. Outros serviços solicitados em caso de necessidade, mas em menor número, integram planos privados de saúde.

Você pode saber mais sobre os direitos dos idosos no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004).

> A violência institucional que, em geral, também ocorre em todo o mundo, no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Ela se realiza como uma agressão política, cometida pelo Estado, em nível macrossocial. E de maneira mais particular, é atualizada e reproduzida nas instituições públicas e privadas de longa permanência [...] as relações e formas de tratamento que as entidades (asilos e clínicas) de longa permanência mantêm com os idosos... frequentemente se perpetram e se reproduzem abusos, maus tratos e negligências que chegam a produzir mortes, incapacitações e acirrar processos mentais de depressão e demência (MINAYO, 2004, p. 33).

Pessoas com problemas de saúde mental

CASO **A HISTÓRIA DE JOÃO CARLOS**

João Carlos começou a trabalhar com seu pai quando completou 12 anos. Em decorrência de dificuldade para continuar os estudos, sua mãe achou melhor retirá-lo da escola e, por gostar muito de ajudar o pai na oficina mecânica, passou a trabalhar como seu ajudante. Para ele foi uma ótima novidade, pois gostava de ficar com o pai na oficina e não demonstrava interesse em ir para a escola. Aos 28 anos, ainda solteiro e residindo com os pais, João Carlos começou a queixar-se de que na rua o observavam e falavam muito dele. Passou a

diminuir suas saídas e a ficar trancado no quarto vendo televisão. Um dia queixou-se ao seu pai que comentavam sobre sua masculinidade e que queriam machucá-lo.

Tempos depois da declaração de João Carlos, seu pai encontrou-o na mala de um carro, com os olhos arregalados, suando, tremendo e muito assustado. Tinha medo de que o levassem embora de casa. Seu pai foi até o pronto-socorro da cidade, onde o orientaram a pedir ajuda aos bombeiros, pois a assistência médica não dispunha de ambulância nem de pessoal de enfermagem especializado para lidar com pacientes psiquiátricos. Ao ver os bombeiros, João Carlos entrou em desespero e tentou fugir. Foi agarrado, amarrado e levado até o pronto-socorro.

Após receber uma medicação intravenosa que o deixou sonolento e confuso, foi transferido para o hospital psiquiátrico. Lá, orientaram os pais a deixá-lo por um mínimo de duas semanas de modo que ele pudesse responder melhor ao tratamento. Depois o transferiram para uma enfermaria que comportava mais uns 50 internos. Já na cama, retiraram-lhe o relógio, o cordão presenteado por sua mãe, seus sapatos e roupas, e vestiram-no com um tipo de macacão de brim azulado.

Passou a tomar fortes doses diárias de medicamentos e, mais ou menos de três em três dias, era levado para uma sala onde, diziam os outros internos, aplicavam choques elétricos nos pacientes. Logo nos primeiros dias tentou fugir, mas foi capturado e duramente repreendido: colocaram-no em um quarto sozinho, aplicaram-lhe mais eletrochoques e mantiveram-no contido no leito na maior parte do tempo, sozinho no quarto trancado.

João Carlos ali permaneceu por mais de 70 dias. Sentia-se só e isolado e não entendia o motivo de seus pais o haverem deixado... Atualmente, aos 34 anos, João Carlos já esteve internado mais três vezes. Quando "entra em crise", sua mãe prepara sua mala com roupas e objetos pessoais e o leva diretamente ao hospital. De dois em dois meses vai ao ambulatório para "renovar a receita". Não trabalha mais com o pai na oficina e passa seus dias na cama em frente à televisão, fumando incessantemente, a ponto de ter as pontas dos dedos queimadas pelos cigarros e amareladas pela nicotina.

CASO A HISTÓRIA DE LURDINHA

Lurdinha casou-se muito cedo. Aos 17 anos já estava grávida e seria mãe com essa idade não fosse a posição contrária irredutível de Eduardo, seu marido. Lurdinha fez o aborto a contragosto e não parou de falar do filho. Dizia ter certeza de que se tratava de um menino e passava a imaginar como ele seria, como se chamaria, de que coisas ele deveria gostar.

Um dia, criou uma enorme confusão em um supermercado porque agarrou um bebê que estava no colo de uma mulher, dizendo ser o seu filho. Tanto seguranças do supermercado quanto curiosos e policiais acabaram se envolvendo na discussão até que Eduardo, o marido de Lurdinha, foi localizado e, ao comparecer ao local, disse que se tratava de um equívoco. Um dos policiais percebeu a situação e informou que perto da igreja havia um lugar onde atendiam pessoas com problemas mentais. Eduardo levou-a, após muita resistência, logo no dia seguinte. Tratava-se de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço de saúde mental que atende em regime aberto, com equipe multidisciplinar, e que dispõe de várias possibilidades de tratamento e atendimento, tais como oficinas de trabalho e arte, grupos de atividades variadas, permitindo uma integração entre os usuários do serviço, a equipe, a família e a comunidade.

Apesar da reação resistente de Lurdinha, a psicóloga que a atendeu foi muito atenciosa, ouvindo-a reclamar ou blasfemar contra a mulher que roubara seu filho. Após um bom tempo de atendimento, Lurdinha aceitou voltar no outro dia. Com o passar do tempo, ela foi gostando de ir ao CAPS, passou a participar de um grupo de música e a "debater seus problemas", como ela mesma dizia, com outras usuárias e usuários do serviço.

A equipe de profissionais que atende Lurdinha discutiu bastante a situação dela. A própria Lurdinha também participou de algumas dessas discussões, sendo sempre bastante ouvida e dando opiniões. Por fim, foi elaborado um Projeto Terapêutico Individual (PTI), de acordo com suas necessidades e possibilidades específicas.

Mesmo com todo esse trabalho, Lurdinha já entrou em crise mais duas vezes, uma delas indo parar em um pronto-socorro onde ficou dois dias internada, mas depois retornou ao CAPS.

Para refletir

Vimos as situações de João Carlos e Lurdinha, que tiveram encaminhamentos bastante diferentes. Procure pensar nas possibilidades que você teria para ajudar um e outro paciente, caso trabalhasse nesses serviços. Reflita também sobre as características desses diferentes encaminhamentos.

O que acha de cada um deles?

Um pouco de história

Para entender o motivo de situações institucionais tão distintas, vamos refletir sobre as características do modelo assistencial psiquiátrico e sua relação com determinadas formas de violências.

A aproximação entre instituições psiquiátricas e violência é tão antiga quanto a história da própria psiquiatria. Desde a criação da primeira instituição de natureza especificamente psiquiátrica pelo Dr. Philippe Pinel, existe questionamento quanto às condições do internamento psiquiátrico, se são ou não violentas.

Em relação à literatura em geral, você se lembra de ter lido algum livro sobre hospitais psiquiátricos? Sobre situações de violência contra pessoas com problemas mentais? É notável como esse tema é frequente na literatura. Enquanto você pensa, vamos fazer referência aqui a algumas obras importantes às quais você deve ter tido acesso.

Lima Barreto, um dos grandes nomes da literatura brasileira, escreveu *Diário do hospício* (1956), em que relata suas próprias internações no Hospício Nacional de Alienados, na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, no início do século XX. Suas passagens pelo hospício renderam ainda uma ficção (muito próxima da realidade de suas internações), que leva o sugestivo título de *Cemitério dos vivos* (1956). Lima Barreto nos deixou ainda *Como o homem chegou* (1956) e *O triste fim de Policarpo Quaresma* (2004). Ambas as obras apresentam uma crítica contundente à psiquiatria.

Em 1892, Anton Tchekhov, clássico escritor russo, publicou *Enfermaria n. 6* (2005), belíssimo conto sobre um psiquiatra em um hospício.

Maura Lopes Cançado (1979) escreveu um dos mais fortes depoimentos sobre a questão da violência em psiquiatria, também com dados de sua própria internação no Centro Psiquiátrico Nacional, localizado no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Desse mesmo hospital temos o relato da internação de Torquato Neto (1973), músico e jornalista, um dos fundadores da Tropicália, parceiro de Edu Lobo, Gilberto Gil, Caetano Veloso, entre outros artistas.

Por fim, vamos lembrar o relato de internação de Austregésilo Carrano, *Canto dos malditos* (1990), que deu origem ao premiadíssimo filme *Bicho*

de sete cabeças, dirigido por Laís Bodanski e estrelado por Rodrigo Santoro, e o conto *Eu só vim telefonar*, de Gabriel García Márquez (1992).

Três obras do campo das ciências humanas podem ser consideradas fundamentais para entender a natureza das instituições psiquiátricas e o motivo de se tornarem tão relacionadas à violência. São elas:

- *História da loucura na idade clássica*, do filósofo Michel Foucault (1978), e *A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo*, do sociólogo Robert Castel (1978), que analisam os momentos iniciais da criação da psiquiatria e os primeiros conceitos e estratégias dessa ciência quando ainda se dedicava ao que Pinel denominava "alienação mental" (daí a referência de Machado de Assis ao alienismo);
- *Manicômios, prisões e conventos*, de Erving Goffman (1974), autor comentado no começo deste capítulo, que nos permite conhecer os mecanismos institucionais adotados pelos hospitais psiquiátricos.

O alienista, de Machado de Assis (1994), merece um destaque especial por ser uma obra-prima do conto brasileiro. Simão Bacamarte, o alienista, ao retornar da Europa decide residir em Itaguaí, onde estranha a ausência de uma casa de alienados. Assim constrói o primeiro hospício da cidade, que ele decide denominar Casa Verde, onde passa a internar quase toda a população local. O poder do alienista de sequestrar e manter em cárcere os alienados é praticamente absoluto!

No campo específico da saúde mental, é curioso que duas obras de autoria de médicos psiquiatras, que fundaram o pensamento contemporâneo da Reforma Psiquiátrica, tenham encontrado formas muito próximas de abordagem da questão da violência em psiquiatria.

Reforma Psiquiátrica é compreendida não apenas como a mudança do modelo assistencial (antes centrado no hospital psiquiátrico, ou manicômio, e atualmente baseado em serviços de atenção psicossocial e outros dispositivos comunitários ou territoriais), mas como um processo social complexo que visa transformar a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico. As três palavras-chave da Reforma Psiquiátrica são: cidadania, solidariedade e inclusão.

A primeira é *Psiquiatria e antipsiquiatria*, escrita por David Cooper em 1973, que tem um capítulo precioso denominado "Violência e psiquiatria". Mas a violência da qual fala Cooper não é, como ele próprio adverte, aquela das pessoas que golpeiam as cabeças de pessoas identificadas como loucas, e sim a violência sutil, cotidiana e repressiva que a sociedade exerce sobre as pessoas "rotuladas" de loucas pela psiquiatria. Por isso, para Cooper, a violência em psiquiatria é, fundamentalmente, a violência da psiquiatria.

A segunda é *A instituição negada*, coletânea organizada por Franco Basaglia (2005) sobre a experiência desenvolvida em Gorizia, na Itália, que se tornou um marco no processo da Reforma Psiquiátrica em todo o mundo. Essa obra deu origem ao Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, pioneiro na luta contra a violência e a exclusão das pessoas em sofrimento mental, e à Lei n. 180, que versa sobre a Reforma Psiquiátrica italiana, também conhecida como Lei Basaglia, única legislação em todo o mundo a determinar o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos. Nesse livro, há um capítulo intitulado "As instituições da violência", que se tornou um dos mais fortes argumentos e ferramentas

para os profissionais da saúde mental questionarem e mudarem suas práticas institucionais nos hospitais psiquiátricos.

A análise de Basaglia (2005), contudo, é voltada para a violência da qual o paciente psiquiátrico é vítima em um hospital psiquiátrico, muito embora ele associe a origem dessa violência à forma como a sociedade lida com os seus segmentos mais fragilizados.

A influência do pensamento de Foucault e Goffman é visível e explícita no trabalho de Basaglia. Para esse autor, a ciência psiquiátrica havia colocado o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença, e, por isso, não foi capaz de ouvir os sujeitos, as demandas, as necessidades reais das pessoas em sofrimento mental.

Assim, Basaglia propôs uma inversão que transformou radicalmente o campo da saúde mental: colocar a doença mental entre parênteses para se ocupar dos sujeitos. O trabalho de Basaglia está na base da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O hospital psiquiátrico é, certamente, o local onde mais se expressa a violência sobre as pessoas consideradas "doentes mentais". Seja no momento da internação compulsória ou involuntária, seja pelas características asilares e segregadoras dessas instituições, seja ainda pela ausência de poder de contratualidade, de direitos e cidadania das pessoas consideradas loucas. O dito louco é alguém que, na prática, perde a visibilidade social, perde a autonomia, perde a voz.

No Brasil existe um expressivo processo de mudança do modelo assistencial psiquiátrico. No final da década de 1980, havia mais de 80 mil leitos psiquiátricos no Brasil. A violência era corriqueira. Pacientes espancados, mortes por subnutrição, desaparecimentos... Em uma instituição psiquiátrica no Rio de Janeiro foi realizado um censo dos pacientes internos e constatou-se que o tempo médio de internação era de 26 anos. Existiam pacientes com mais de sessenta anos de internação. Muitos eram encaminhados a um hospício para nunca mais retornarem às suas casas. Alguns se revelaram grandes artistas, alcançando notoriedade, como Arthur Bispo do Rosário e Fernando Diniz. Ambos passaram quase toda a vida confinados em manicômios.

Arthur Bispo do Rosário nasceu em Sergipe. Em 1939 foi internado como indigente na Colônia Juliano Moreira, um hospital psiquiátrico do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, onde permaneceu até sua morte em 1989. No hospício produziu, com objetos abandonados e restos de uniformes de internos, verdadeiras obras-primas. É considerado, por isso, um dos mais importantes artistas plásticos de toda a história e sua produção tem sido exposta nos grandes museus do mundo.

Fernando Diniz, baiano de Aratu, nasceu em 1918. Foi internado no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, de onde saiu apenas para o hospital no qual veio a falecer em 1999. Sua obra é considerada uma das mais importantes entre os pintores brasileiros, mas também muito destacada no âmbito internacional. Em parceria com Marcos Magalhães, produziu o curta animado **Estrela de 8 pontas**, que recebeu muitos prêmios.

Você encontra mais informações sobre Arthur Bispo do Rosário no site de Japaratuba, sua cidade natal: www.japaratuba.se.gov.br/biografia_bispo.htm. E para admirar sua obra, acesse o site: www.proa.org/exhibicion/inconsciente/salas/id_bispo_1.html.

Encontre mais informações sobre Fernando Diniz e admire sua obra no site do Museu de Imagens do Inconsciente: www.museuimagensdoinconsciente.org.br.

Com o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica, a realidade da assistência começou a mudar. Os hospitais começaram a ser fechados por serem lugares insalubres, "iatrogênicos", em suma, espaços de segregação e violência. Com as Portarias n. 189/91 e n. 224/92, da SAS/MS, e depois com a n. 336/GM, de 2002, passaram a ser criados outros tipos de serviços, entre os quais hospitais-dia, oficinas terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como aquele em que Lurdinha foi atendida e está em tratamento.

Iatrogenia (iatrogênicos), também substituído por iatropatia, provém de *iatro* (que significa médico), com o radical *genia* (gerador, gênese). Em síntese, diz respeito a todo tipo de dano provocado pela intervenção médica ou qualquer outra forma de tratamento médico.

Também começaram a ser criadas outras iniciativas que não são propriamente serviços, tais como as residências assistidas para pessoas que não têm família, ou que, por motivos variados, não podem residir com as mesmas; cooperativas sociais de trabalho para geração de rendas a pessoas em sofrimento mental, na medida em que, muitas vezes, não podem concorrer em condições de igualdade no mercado de trabalho. As residências foram criadas e regulamentadas pelas Portarias GM n. 106/00 (BRASIL, 2000) e n. 1.220/00 (BRASIL, 2000), do Ministério da Saúde; já as cooperativas sociais, pela Lei n. 9.867/99 (BRASIL, 2000).

Todas as especificações sobre esses serviços e iniciativas, com suas características, formas de implantação e funcionamento, você encontra detalhadamente na Legislação Brasileira de Saúde Mental no site: http:/bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/legislaçao_mental.pdf.

Quando nos referimos à concepção de Reforma Psiquiátrica como processo social complexo, dissemos que não se tratava apenas de reforma de serviços. E assim tem sido, pois várias iniciativas culturais, de trabalhos de cunho social e artístico estão sendo realizadas. Tais iniciativas têm por objetivo favorecer a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico na comunidade. Bandas de música, corais, grupos de teatro, times de futebol são algumas delas.

Em 2001, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira – Lei n. 10.216/01 –, que regulamentou as internações e estabeleceu os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, expressão adotada oficialmente pela psiquiatria e pelas normas legais.

Essa lei também está disponível no site: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

A Lei n.10.216/01 regulamentou as internações psiquiátricas em voluntárias, involuntárias e compulsórias. Para os profissionais que atuam ou vierem a atuar em uma instituição de internação psiquiátrica, é preciso ter em mente que a internação, qualquer que seja sua modalidade, representa uma violência ao paciente, pois o afasta de sua família e o deixa desprovido de autonomia e visibilidade social. Observe as histórias de João Carlos e Lurdinha, e veja como são distintos os resultados.

O artigo 2º da Lei n.10.216/01 explicita alguns direitos do paciente, independentemente do tipo de instituição, que devem ser observados pelo profissional da saúde. Observe:

> Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
>
> Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
>
> I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
>
> II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
>
> III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
>
> IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
>
> V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
>
> VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
>
> VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
>
> VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
>
> IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Atendendo pacientes com sofrimento psíquico

É fundamental que o profissional da saúde, ao lidar com algum tipo de paciente em sofrimento psíquico, tenha em mente que a maior parte das concepções que se tem sobre tais pacientes mostra meros estigmas ou preconceitos; o principal é considerar que "o doente mental é perigoso". Na verdade, na maioria das vezes, ele é vítima de violências.

A escuta, o acolhimento, a atenção e a orientação da família, a solidariedade e a compreensão das dificuldades do paciente são fundamentais. O paciente deve ser ouvido com credibilidade para que possamos compreender o que ele, mesmo que com alguma dificuldade, quer dizer. Precisamos sempre lembrar que o paciente psiquiátrico, assim como sua família, precisa de acolhimento, isto é, precisa sentir que está sendo atendido e que sua demanda está sendo efetivamente encaminhada para uma solução, ainda que esta não seja imediata e definitiva.

A família, onde geralmente encontramos os cuidadores, sofre o que se denomina de "sobrecarga"; por isso deve ser ouvida e acolhida também, além de ser estimulada com frequência a participar das discussões do caso, das propostas de encaminhamentos e superação das dificuldades.

Para saber mais sobre saúde mental e violência, acesse:

- Museu de Imagens do Inconsciente www.museuimagensdo inconsciente.org.br/
- Psiquiatria Democrática www.psichiatriademocratica.com/
- Centro Cultural da Saúde www.ccs.saude.gov.br/
- Biblioteca Virtual em Saúde Mental www2.prossiga.br/saudemental/centro.htm

Para refletir

Você tem ou teve conhecimento de histórias como estas, de pacientes psiquiátricos? Procure descrevê-las.

Conhece ou conheceu algum serviço psiquiátrico, de saúde mental, ou de atenção psicossocial? Como é esse serviço? Você poderia descrevê-lo também?

Que aspectos desse serviço você considera que poderiam expressar alguma forma de violência ao paciente?

Referências

ALTOÉ, S. *De "menor" a presidiário*: a trajetória inevitável. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1993.

ALTOÉ, S. *Infâncias perdidas*: o cotidiano nos internatos prisão. Rio de Janeiro: Xenon, 1990.

BASAGLIA, F. A instituição da violência. In: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 91-131.

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BENTES, A. L. *Tudo como dantes no quartel de abrantes*: estudos das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, 2003. (Série Cadernos de legislação de saúde).

BRASIL. *Estatuto do idoso*. Brasília, 2004. (Série E. Legislação em saúde).

BRASIL. Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1990: dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 nov. 1990.

BRASIL. Portaria n.106/GM, de 11 de fevereiro de 2000: cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para atendimento ao portador de transtornos mentais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 fev. 2000.

BRASIL. Portaria n.1.220/GM, de 7 de novembro de 2000: inclui na tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 – Cuidados em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2000.

CANÇADO, M. L. *O hospício é Deus*: diário. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CARNEIRO, S. Mulheres negras, violência e pobreza. In: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher*: plano nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília, 2003.

CARRANO, A. *Canto dos malditos*. Curitiba: Ed. da UFPR, 1990.

CARRARA, S.L. *Crime e loucura*: o aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século. Rio de Janeiro: EDUERJ/EDUSP, 1998.

CASTEL, R. *A idade de ouro do alienismo*: a ordem psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da Língua Portuguesa. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIRMINO, H. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

GARCÍA MÁRQUEZ, G. Eu só vim telefonar. In: GARCÍA MÁRQUEZ, G. *Doze contos peregrinos*. Rio de Janeiro: Record, 1992.

GOFFMAN, E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LIMA BARRETO, A. H. *Como o homem chegou*. In: LIMA BARRETO, A. H. Clara dos Anjos. São Paulo: Brasiliense, 1956. p. 280.

LIMA BARRETO, A. H. *Diário do Hospício*. São Paulo: Brasiliense, 1956.

LIMA BARRETO, A. H. *O Cemitério dos Vivos*. São Paulo: Brasiliense, 1956.

LIMA BARRETO, A. H. *Triste Fim de Policarpo Quaresma*. São Paulo: Moderna, 2004.

LIMA, L. A. *O estigma do abandono*: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colônia Juliano Moreira vindos diretamente da Funabem. 1993. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

MACHADO DE ASSIS, J. M. *O alienista*. São Paulo: FTD, 1994.

MINAYO, M. C. S. *Violência contra idosos*: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2004.

RIZZINI, I.; IRMA, R. *A institucionalização de crianças no Brasil*: percurso histórico e desafios de presente. São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, E.; GUERESI, S. *Adolescentes em conflito com a lei*: situação do atendimento institucional no Brasil. Brasília: IPEA, 2003 (Textos para Discussão, 979).

SOARES, B.; ILGENFRITZ, I. *Prisioneiras, vida e violência atrás das grades*. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

TCHEKHOV, A. *Enfermaria n. 6*. [S.l.]: Veredas, 2005.

TORQUATO NETO. D’Engenho de Dentro. In. TORQUATO NETO. *Os últimos dias de paupéria*. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973. p. 57-76.

VASCONCELOS, E. M. *Reinventando a vida*: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: Encantarte, 2005.

VICENTIN, M. C. G. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva éticopolítica In: *JUSTIÇA, adolescente e ato infracional*: socioeducação e responsabilização. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; São Paulo: ABMP; ILANUD, 2006.

11. O uso de substâncias e violências

Miriam Schenker, Patricia Constantino e Simone Gonçalves de Assis

Este capítulo aborda as complexas relações entre usuários de substâncias e violências. Inicialmente há uma apresentação do tema sob uma perspectiva "ecológica", com destaque para a influência familiar, em compasso com a proveniente do grupo de pares e do meio social. Destaca os fatores de risco e de proteção do jovem que consome substâncias, considerando o sério problema social hoje vivenciado nos serviços de saúde e na sociedade em geral.

Modelo ecológico ajuda a compreender a natureza multifacetada da violência. Explora a relação entre fatores individuais e contextuais e considera a violência como resultado de vários níveis de influência sobre o comportamento do indivíduo. Nessa perspectiva, considera o nível individual, relacional, comunitário e societário (KRUG et al., 2002).

Os termos "uso de substâncias" e "uso de drogas", como referidos ao longo deste capítulo, são utilizados como sinônimos para consumo de álcool e drogas legais ou ilegais, entendidas como substâncias psicoativas que alteram o funcionamento do sistema nervoso central do indivíduo, quer deprimindo-o, estimulando-o ou perturbando-o. Entre as drogas legais, estão álcool, tabaco e remédios – tranquilizantes, ansiolíticos, calmantes ou antidistônicos; para emagrecer ou ficar acordado; sedativos ou barbitúricos. As drogas ilegais mais comuns em nosso meio são a maconha e a cocaína, com seus derivados.

Algumas informações sobre o usuário que se insere no mercado ilegal de drogas e o surgimento de novas relações de violência são também abordadas em função da perplexidade que causam à sociedade e aos serviços de saúde. O ponto de vista que se toma é o do profissional que está no serviço de saúde e sua possibilidade de atendimento. Por essa razão, são sinalizadas algumas perspectivas de atendimento que o profissional da saúde pode alçar na sua rede de atenção.

Para saber mais sobre o tema, leia:

- *A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência*, de Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes (1998).
- *Fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência*, de Miriam Schenker e Maria Cecília de Souza Minayo (2005).

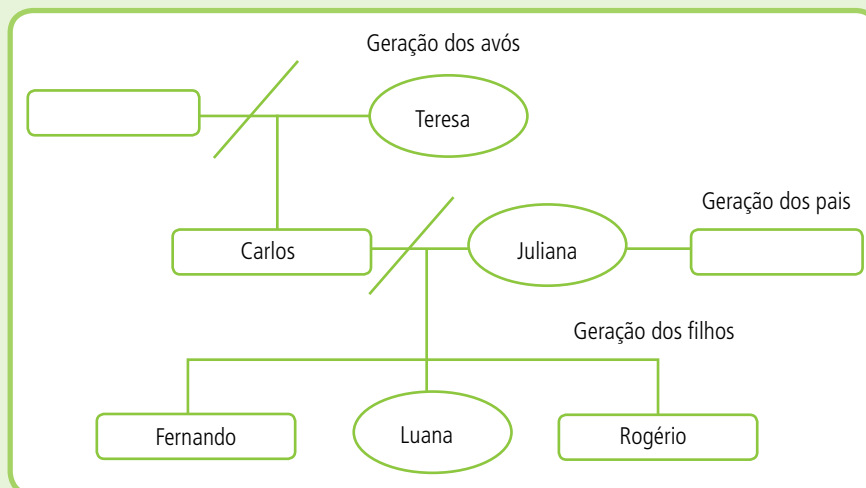
Casos clínicos, textos para estimular a reflexão sobre os casos, indicação de leitura suplementar e alguns vídeos são apresentados ao longo do capítulo.

Para refletir

Será que consumir substâncias como álcool e drogas está associado à prática de violência?

Será que esse consumo é um fator que, junto com outros, facilita a violência?

CASO *CONHECENDO A FAMÍLIA E AS REPERCUSSÕES DO USO DE DROGAS DE SEUS MEMBROS*

Para uma melhor visualização da família descrita no caso, veja o genograma a seguir:

Dona Teresa, 77 anos, é mãe de Carlos, seu único filho, que tem 58 anos. Quando Carlos era bem pequeno, dona Teresa se separou do marido, que faleceu ainda moço. Carlos foi casado com Juliana, 52 anos, com quem teve três filhos – Fernando, 27 anos; Luana, 25 anos; e Rogério, 20 anos –, mas o casal se separou há anos.

Juliana casou-se novamente, mas não tem filhos desta relação. Já Carlos mora só e não constituiu outra família. Dona Teresa vive com Fernando, o neto mais velho. Juliana vive com os filhos Luana e Rogério, juntamente com o segundo marido.

Carlos consumiu drogas durante a maior parte de sua vida: começou com a maconha, aos 13 anos, e mais tarde, já perto dos 40 anos, viciou-se também em

cocaína. E fez uso dessa droga junto com o filho caçula, até recentemente. Rogério, que também bebe e fuma cigarros, é usuário de maconha e cocaína desde os 16 anos, sendo que, no momento, as consome quase que diariamente, dependendo do dinheiro que tem.

Fernando começou com a maconha aos 19 anos, consumindo-a durante três anos. Parou há meses, quando começou a namorar.

Carlos esteve afastado dos filhos durante anos por causa do seu consumo de drogas. Por ter compartilhado principalmente a cocaína com Rogério, culpa-se pelo que está ocorrendo com seu filho. Atribui a si todo o mal que se abateu sobre a família. No entanto, não questiona o uso de drogas por Fernando, o filho mais velho.

Dona Teresa sempre soube do uso de drogas por seu filho e da irresponsabilidade dele para com a família. Suas preocupações de que nada faltasse sempre foram tantas, que pagava o aluguel da casa do filho sem que a nora soubesse. Objetivamente, de forma inconsciente, dona Teresa contribuiu para acobertar a irresponsabilidade do filho, invadindo a relação de casamento de Juliana e Carlos.

Juliana, por sua vez, sabia que o marido usava drogas e acabou por formar um "casamento" com a sogra: a mãe tomava conta dos filhos, e a sogra pagava as contas. Até o momento em que Juliana "jogou a toalha" e saiu de casa, deixando seus três filhos para trás, para a sogra cuidar, durante um tempo.

Com o intenso uso de drogas pelo caçula, Juliana vem se desdobrando nos cuidados a ele. Fernando e Luana sentem falta dela e consideram que a mãe expressa mais afeto pelo filho "problemático" e menos para eles, gerando ciúmes entre os irmãos. Carlos, de volta ao convívio familiar, dedica afeto e se preocupa com Rogério. Assim, Fernando e Luana sentem-se duplamente privados: falta-lhes atenção da mãe e do pai.

Ainda hoje dona Teresa não considera seu filho Carlos responsável e independente, porque, apesar de morar sozinho, "está sempre precisando de alguma coisa" (de sua mãe). Julga os netos mais velhos responsáveis em algumas situações, mas irresponsáveis em outras. Fernando cuida de si, mas não auxilia a avó financeiramente e nem nas tarefas domésticas. Mesmo assim, dona Teresa confessa o quanto é difícil sair sem deixar a comida pronta para o neto. Já a neta, que trabalha, está sempre precisando de "um real" para a passagem.

Juliana acha que Fernando sofre a influência da criação da avó até hoje, por demonstrar insegurança e ser dependente da opinião dos outros para tomar atitudes. No entanto, julga-o responsável, porque trabalha e cumpre os seus

compromissos. Já Luana é o oposto do irmão: independente, cuida de suas coisas. Porém, a mãe diz que ela é irresponsável financeiramente, porque gasta mais do que ganha. Rogério sabe se alimentar, cuidar de si, mas o uso de drogas torna-o dependente emocional e financeiramente.

Fernando se lembra de que aos 14 anos, em pleno início da adolescência, faltou-lhe a figura de autoridade, concordando com a irmã que, à época da separação, os irmãos ficaram "perdidos", uma vez que a mãe, até então, fora duplamente figura de autoridade.

Fernando e Rogério tiveram como referência masculina o pai. Fernando, sentindo-se "perdido", começa a usar maconha, justo na época que em que seu foco de atenção precisaria se dirigir para a sua vida profissional, momento que configura o primeiro grande passo para a vida adulta. Rogério inicia o consumo abusivo de drogas aos 16 anos, com maconha e cocaína, provavelmente influenciado por Carlos. Hoje, sua formação escolar marca passo no ensino médio na altura de seus 20 anos. Sonha com a carreira militar, mas está enredado com as drogas. Constrói suas próprias regras de uso dentro de casa e se afasta da lei e da ordem militar que internamente almeja.

Educação **ativa** pressupõe **ação**: colocação, pelos pais (ou qualquer adulto que esteja nesse papel social) de valores, limites, normas, regras, e sua explicação para os filhos, com posterior legitimação de sua compreensão por eles. Já o ensino **passivo** se dá **pelo exemplo**, propiciando a observação, pelo filho, do comportamento dos pais (ou qualquer adulto que esteja nesse papel social). Educar tem estas duas facetas: o modelo e a ação; o **passivo** e o **ativo**.

Para refletir

Pense no processo de autonomia dos indivíduos dessa família ao longo das três gerações.

Comente sobre a presença e a ausência do pai e sobre a repercussão disso na família.

Do seu ponto de vista, a que serve o uso abusivo de drogas nessa família? E para cada membro que abusa delas?

Texto para reflexão sobre o caso *Conhecendo a família e as repercussões do uso de drogas de seus membros*

A adolescência é uma fase do ciclo vital que se constitui por uma labilidade emocional decorrente de instabilidades no processo de transição entre o desejo de ainda querer ser "criança" – pouco cobrada nas suas responsabilidades, protegida pelos adultos – e o "adulto jovem" – que se desprende paulatinamente da casa dos pais e se lança para o mundo dos pares.

Devido à variabilidade e à diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem nessa fase, o critério "idade cronológica" não é

considerado descritivo da adolescência. Isso significa que pessoas com 25, 30 anos ou mais podem ainda demonstrar comportamentos francamente adolescentes, conforme depreendemos da conduta de Carlos.

De uma forma geral, os adultos pertecentes a uma família que contenha um usuário de drogas na geração dos filhos ou netos fazem uso continuado de algum entorpecente: o álcool é o mais utilizado pela linhagem masculina, e os tranquilizantes, pela feminina.

Numa perspectiva do desenvolvimento, vemos que crianças que vivem nas ruas também usam drogas – sendo a cola a principal delas –, por motivos que variam desde a fome até a socialização com os pares.

No outro extremo do ciclo vital, os idosos podem consumir remédios abusivamente como uma forma de lidar com as agruras, que incluem o desamparo, a solidão e a aproximação inexorável da morte.

Este capítulo trata primordialmente da adolescência, porque é geralmente nessa fase que se inicia o uso de drogas, podendo se constituir em mais um tipo de experiência na vida do adolescente ou se tornar o início de um caminho sofrido rumo à dependência.

Para refletir

Que fatores de risco e de proteção se relacionam com o caso descrito? O texto a seguir poderá subsidiá-lo nessa análise.

Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas

O uso de drogas é uma experiência iniciada, na grande maioria dos casos, durante a adolescência. Nela, o adolescente geralmente busca uma série de fatores: desde o prazer, passando por novas sensações, compartilhamento grupal, diferenciação e autonomia, até a independência de sua família.

Essa experiência geralmente acontece em grupo, ou com um amigo. Os adolescentes, muitas vezes, não têm noção dos "perigos" que rondam a busca dos resultados almejados. O lado negativo do prazer é o risco de se tornar adicto, dependente das drogas, comprometendo a sua trajetória de vida.

Risco é uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico. Risco constitui uma estimativa acerca do perigo. No Capítulo 5 da Parte I, falamos sobre esse tema.

Mais detalhes sobre esses fatores de risco e proteção você pode ler no artigo *Fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência*, de Miriam Schenker e Maria Cecília Souza Minayo (2005).

A dependência às drogas é mediada pela interdependência de fatores de risco individuais, familiares e sociais. A necessidade de se olhar os dois lados, o do desejo e o do dano, no caso do uso de drogas, leva a considerar alguns aspectos, que citamos a seguir:

1. **Efeitos cumulativos** das substâncias tóxicas e sua relação com a vulnerabilidade do indivíduo. O perigo difere de acordo com os indivíduos e seu contexto. Os usuários de drogas em certo estágio e frequência de consumo não necessariamente irão usar drogas mais pesadas, nos dizem alguns estudos. Essa constatação vai contra a ideia de que haveria uma sequência na gravidade do risco, indo do envolvimento sucessivo com substâncias mais leves para uma escalada rumo às mais nocivas.

Proteger é uma noção que significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação. No Brasil, a doutrina da "proteção integral" se encontra no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que a resume definindo esse grupo social como: (a) cidadão; (b) sujeito de direitos; (c) capaz de protagonismo; (d) merecedor de prioridade de atenção; (e) de cuidados. No Capítulo 4 da Parte I, abordamos esse tema.

2. Olhando os aspectos da **individualidade**, é preciso ressaltar que os adolescentes não são um recipiente passivo ou um objeto controlado por influências familiares ou sociais, tampouco por determinações externas. São participantes ativos do processo de formação de vínculos e de transmissão de normas. Os adolescentes que têm objetivos definidos e investem no futuro apresentam probabilidade menor de usar drogas, porque o uso interfere em seus planos. Igualmente, a elevada auto-estima, os sentimentos de valor, orgulho, habilidade, respeito e satisfação com a vida podem servir de proteção contra a dependência de drogas pelos jovens quando combinados com outros fatores protetores do seu contexto de vida. Sendo assim conclui-se que crianças e adolescentes que vivem em ambientes familiares ou em comunidades onde há uso abusivo de drogas e conseguem não se deixar influenciar por esse contexto apresentam características individuais protetoras conjugadas ao convívio com outros adultos cuidadores escolhidos por eles, fora do ambiente familiar. São pessoas resilientes. Os programas de prevenção devem levar em conta a importância das atividades de mentores e de outros programas de desenvolvimento da juventude.

Lembre-se de que o conceito de resiliência já foi tratado no Capítulo 4 da Parte I e, também, no Capítulo 9 desta Parte.

3. A atitude positiva da **família** com relação ao uso de drogas reforça a iniciação dos jovens, ou acoberta o uso por parte do adultos. O consumo de drogas pelos pais está relacionado ao maior risco de os filhos se tornarem usuários, pois seu comportamento é um modelo para os meninos. Mas é importante ressaltar que é a atitude permissiva dos genitores quanto ao uso de drogas pelos filhos o que mais pesa nessa equação.

Estudos têm mostrado que são inúmeros os fatores parentais de risco para o uso de drogas pelos filhos. Eles incluem, de forma combinada:

a) ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos;

b) envolvimento materno insuficiente com os filhos;

c) práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas;

d) excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites às condutas infantis e juvenis, e tendência à superproteção;

e) educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações entre pais e filhos;

f) observação e supervisão deficientes às atitudes dos filhos;

g) aprovação pelos pais quanto ao uso de drogas;

h) expectativas incertas dos pais com relação à idade apropriada de certas atitudes dos filhos;

i) conflitos familiares sem desfecho de negociação.

O âmbito familiar tem um efeito potencialmente forte e durável para o ajustamento, desde a infância. O vínculo e a interação familiar saudáveis servem de base para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e dos adolescentes.

Inúmeros estudos mostram que os padrões de relação familiar, a atitude e as condutas dos pais e irmãos são modelos importantes para os adolescentes, como no caso do uso de drogas. Já se descobriu que uma interação familiar gratificante é um forte fator protetor, mesmo no caso dos pais adictos, quando esses são capazes de prover um contexto amoroso, afetuoso e de cuidado.

No âmbito da família, estudos evidenciam fatores que protegem o adolescente do uso de drogas:

a) a relevância dos vínculos familiares fortes;

b) o apoio da família ao processo de aquisição da autonomia pelo adolescente;

c) a proximidade dos pais durante os diversos processos de crescimento e desenvolvimento dos filhos;

d) o estabelecimento de normas claras para as condutas sociais, incluindo-se o uso de drogas.

4. O envolvimento grupal tem sido visto como um dos maiores prenúncios para o uso de drogas. No entanto, essa relação também precisa ser qualificada. Ela é um fator de risco quando os amigos, considerados “modelos”, mostram tolerância, aprovação ou consomem drogas, semelhantemente ao que ocorre com a atitude permissiva dos pais. Observam

os estudiosos que há uma sintonia, no caso dos pares. Os adolescentes que querem começar ou aumentar o uso de drogas procuram colegas com valores e hábitos semelhantes. O mito que supervaloriza a influência dos amigos durante a adolescência provavelmente decorre, em algum nível, de certa desresponsabilização, sobretudo por parte dos pais e dos educadores, de problemas frequentes que ocorrem nas relações familiares ou institucionais.

Raramente os estudos sobre drogas realçam as amizades entre os jovens como protetoras, uma vez que, em geral, todas as intervenções se voltam para a superação das influências negativas das amizades, e não para o estabelecimento ou a manutenção de influências positivas dos amigos. No entanto, sabe-se que grupos de amigos com objetivos e expectativas de realização na vida e movimentos que levam ao protagonismo juvenil e à solidariedade têm papel fundamental numa etapa existencial em que as influências dos amigos são cruciais.

5. O papel da escola pode ser duplo: como agente transformador ou como lugar que propicia o ambiente que exacerba as condições para o uso de drogas. Ninguém desconhece que a escola é hoje alvo do assédio de traficantes e repassadores de substâncias proibidas, prevendo-se o aliciamento por pares. No entanto, mesmo nas escolas, existem fatores específicos que predispõem os adolescentes ao uso de drogas, como por exemplo:

a) falta de motivação para os estudos;

b) falta de assiduidade e o mau desempenho escolar;

c) insuficiência no aproveitamento e falta de compromisso com o sentido da educação;

d) intensa vontade de ser independente combinada com o pouco interesse de investir na realização pessoal;

e) busca de novidade a qualquer preço e baixa oposição a situações perigosas;

f) rebeldia constante associada à dependência a recompensas;

g) exposição dos jovens à influência dos pares e à violência intra e extramuros da escola;

h) carência de um projeto político-pedagógico que atue de forma preventiva no processo.

Entretanto, a escola é um poderoso agente de socialização da criança e do adolescente. Por juntar em seu interior a comunidade de pares e por

ter em suas mãos fortes instrumentos de promoção da auto-estima e do autodesenvolvimento, o ambiente escolar pode ser um fator fundamental na potencialização de resiliência dos adolescentes.

6. A disponibilidade e a presença de drogas na comunidade de convivência têm sido vistas como facilitadoras do uso de drogas por adolescentes, uma vez que o excesso de oferta naturaliza o acesso. Quando a facilidade da oferta se junta à desorganização social e aos outros elementos predisponentes no âmbito familiar e institucional, ocorre uma sintonia de fatores.

7. No que concerne aos fatores estressantes da vida – como morte, doenças ou acidentes entre membros da família e amigos, mudanças de escola ou de residência, separação, divórcio ou novos casamentos dos pais, problemas financeiros na família –, muitos estudos mostram que eles podem influenciar o uso abusivo de drogas quando associados a outros fatores predisponentes, incluindo-se disposições individuais. No entanto, conforme as circunstâncias individuais e ambientais, esses mesmos fatores permitem a elaboração e o crescimento interior dos jovens, constituindo-se em elementos de fortalecimento e de amadurecimento.

8. Outra tendência muito comum quando se fala de drogas é a absolutização do papel mídia como fator de risco. É certo que, sobretudo no caso das drogas lícitas, os meios de comunicação geralmente mostram imagens muito favoráveis. O uso do álcool e do tabaco costuma vir associado, por meio da publicidade, a imagens de artistas, ao glamour da sociabilidade e à sexualidade. Frequentemente, os anúncios glorificam essas drogas, retratando-as como mediadoras de fama e sucesso. Mas não se pode, teoricamente, demonizar a mídia por refletir e refratar a cultura vigente. Nenhuma propaganda por si só atinge efeito demoníaco de persuasão, quando fatores protetores atuam em direção contrária. O desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo na família, na escola e com os amigos serve de base para uma atitude criteriosa do adolescente quanto às mensagens relativas às drogas lícitas, veiculadas pelos meios de comunicação.

Os diversos elementos aqui tratados, relativos aos fatores de risco e de proteção, levam a concluir que não se pode pensar esses fatores de forma isolada, independente e fragmentada. Por exemplo, já sabemos que um fator de risco raramente é específico de um distúrbio único. E a exposição ao perigo que potencializa os riscos ocorre de diversas formas e em vários contextos. Mesmo a mais elevada carga genética é menos

provável de se constituir em alto fator de risco numa sociedade onde a exposição ao álcool seja severamente restrita, dizem os estudiosos.

Você se lembra de que falamos sobre esse tema no Capítulo 4 da Parte I? E também no Capítulo 9 desta Parte?

Quanto aos fatores protetores, o desenvolvimento de estudos recentes tende a enfatizar o processo de formação da resiliência, num progressivo abandono das abordagens centradas nos fatores de risco. Busca-se dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades. Essa nova forma de ver é certamente otimista, principalmente porque leva a acreditar que é possível, por meio de ações e programas, promover o bem-estar do adolescente, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.

Por tudo isso, é preciso refletir sobre a inocuidade, do ponto de vista protetor, do slogan que se repete por toda parte: "diga não às drogas". A falta de adesão dos jovens torna evidente a falha em reconhecer a inadequação das propostas moralistas e autoritárias que não se fundam na visão complexa dos fatores de risco e de proteção analisados. É preciso não esquecer que as drogas cumprem funções importantes para os adolescentes, tanto do ponto de vista pessoal quanto social.

Pesquisas mostram que os comportamentos de enfretamento de risco são funcionais, intencionais, instrumentais e dirigidos para o desenvolvimento normal do adolescente. Fumar, beber, dirigir perigosamente ou exercer atividade sexual precocemente podem ser atitudes tomadas pelo jovem visando ser aceito e respeitado pelos pares; conseguir autonomia em relação aos pais; repudiar normas e valores da autoridade convencional; lidar com ansiedade, frustração e antecipação do fracasso; afirmar-se rumo à maturidade e à transição da infância para um status mais adulto.

Para você se informar sobre a política do Ministério da Saúde para usuários de álcool e outras drogas, consulte a Portaria MS/GM n. 2.197, de 14 de outubro de 2004, no site:

http://dtr2001.saude.gov.br/PORTARIAS/pot2004/EM/EM-2197.htm

Não há nada de perverso, irracional ou psicopatológico nesses objetivos: eles são característicos do desenvolvimento psicossocial. A campanha "diga não às drogas", por não oferecer alternativas à promoção de comportamentos saudáveis, revela-se moralmente cínica e teoricamente contraditória, na medida em que omite as normas sociais que favorecem o uso de drogas.

Para refletir

A partir das informações descritas no texto, quais aspectos deveriam ser ressaltados, numa campanha de esclarecimento sobre o uso indevido ou abusivo de drogas?

A discussão da complexidade da relação entre drogas e violência deverá incluir:

1. a diferença entre dependência e uso recreacional e ocasional;

2. o erro de apontar o usuário como um dependente em potencial;

3. as diferenças entre os vários tipos de drogas e os danos que provocam;

4. o entendimento do uso de drogas como um fenômeno histórico-cultural com implicações médicas, religiosas, políticas e econômicas;

5. a distinção entre drogas legais e ilegais e o aparecimento de substâncias sintéticas (MINAYO; DESLANDES, 1998).

Reflexões sobre o uso abusivo de drogas e a violência

1. Não é possível saber se as pessoas em estado de abstinência não cometeriam as mesmas transgressões que as pessoas que abusam de drogas.

2. Não há como discernir entre o uso de drogas como um fator que, associado a outros, desencadeia comportamentos violentos, e o uso de drogas como fator causador por si só, porque apenas o que se pode inferir é a alta proporção de atos violentos quando o álcool ou outras drogas estão presentes entre os agressores e vítimas, ou em ambas as partes.

3. Essas substâncias podem ser causa, resposta, ou mediadoras de uma série de condutas sociais violentas. Por exemplo: os usuários dependentes, uma vez sob condições sociais de estigmatização, podem desenvolver comportamentos mais agressivos.

4. Outro ponto a considerar é que a variabilidade dos efeitos provocados por cada tipo de substância sugere a contribuição de fatores socioculturais e de personalidade. Por exemplo: alguns casais, com o mesmo padrão de uso de substâncias, são mais violentos que outros, assim como pessoas com o mesmo grau de intoxicação têm respostas emocionais diferentes.

Essas complexidades sugerem que a violência interpessoal que ocorre sob o efeito de drogas deve ser contextualizada, uma vez que ocorre em locais específicos, com regras e normas específicas de determinados grupos e diante de expectativas que alimentam e são alimentadas nesses grupos.

Para encontrar nexo causal entre determinadas substâncias e violência, seria necessário saber se os comportamentos e as atitudes violentas ocorreriam, ou não, no interior desses segmentos, caso as drogas não estivessem presentes. As evidências empíricas sugerem que as drogas lícitas e ilícitas desempenham um papel importante nos contextos em que são usadas, porém a sua importância fica em grande medida dependente de fatores individuais, sociais e culturais.

Características e efeitos das substâncias legais e ilegais

As substâncias legais e ilegais, por serem drogas psicoativas, afetam o estado mental da pessoa. São classificadas em três grupos – depressoras, estimulantes ou perturbadoras –, segundo os seus **efeitos no Sistema Nervoso Central** (SNC). Importante ressaltar que a maioria delas tem uso medicinal, tornando-se tóxicas quando consumidas de forma indevida ou abusiva.

As **substâncias depressoras** promovem relaxamento, sonolência ou moleza; portanto, diminuem, retardam ou reduzem ("deprimem") o funcionamento mental. Nesse estado, a pessoa fica sedada, grogue, dopada ou chapada. São elas: álcool; barbitúricos (sedativos); benzodiazepínicos (tranquilizantes, calmantes, ansiolíticos); inalantes ou solventes (lança-perfume, cheirinho da loló); remédios à base de codeína (xaropes, analgésicos); morfina (os dois últimos derivados do ópio). Opiácios ilegais como o ópio e a heroína ainda são pouco presentes no Brasil.

As **substâncias estimulantes** promovem um estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. O usuário sente-se bem disposto e capaz de quase tudo; fica "ligado", "aceso", "elétrico". São elas: cafeína (café, chá, certos refrigerantes); nicotina (cigarro); substâncias de uso controlado, como as anfetaminas (moderadores de apetite conhecidos como bolinhas, rebite, *ice*, bola), ou ilegais, como o *ecstasy*; substâncias ilegais extraídas da folha de coca, como a cocaína (pó, neve, "brizola", branquinha, *bright* ou pico) e seus subprodutos: o crack, a merla.

As **substâncias perturbadoras do SNC** são os produtos "psicodélicos" ou alucinógenos, propiciadores das chamadas "viagens", como os delírios e as alucinações. As substâncias ilegais são: maconha (fumo, baseado, bagulho), que é um alucinógeno vegetal; LSD (ácido lisérgico); diversos tipos de cogumelos; a ayahuasca, entre outros.

Para refletir

Qual a sua visão sobre a relação não-linear (causa e efeito) entre violência e consumo de drogas? Utilize exemplos de sua prática profissional, quando houver.

OBSTÁCULOS PARA A INTERPRETAÇÃO

1. Engano ecológico – substâncias ilegais e pobreza são responsáveis por eventos violentos: essa ideia parte de um determinismo biológico, social e econômico. Altas taxas de violência e uso de drogas são qualitativamente diversos, segundo os diferentes bairros de uma comunidade em estado de pobreza.

2. Engano individualista – a intoxicação por drogas e a agressão física são resultado de fatores de personalidade, respostas endócrinas, neuroanatômicas ou de outros fatores individuais. Essa argumentação não leva em consideração os contextos estrutural, cultural e situacional.

Para refletir

Das informações contidas neste texto, quais lhe pareceram mais relevantes para a sua prática profissional e experiência pessoal? Por quê?

Você acha que o meio em que as pessoas vivem influencia o usuário de substâncias a se envolver em situações de violência?

Isso acontece com pessoas ricas e pobres, brancas ou negras?

CASO A **HISTÓRIA DE MARISA**

Marisa é uma bela jovem de 16 anos que mora com a mãe num bairro nobre da cidade. Conheceu Lucas, um rapaz louro e "cheio de marra", que, aos 26 anos, se destacava dos demais no baile funk que ela frequentava. Apaixonou-se rapidamente por ele.

Lucas usa álcool e drogas há anos. Para manter seu status, participa do tráfico de drogas e de assaltos a residências. Já apareceu na mídia e foi denominado um "transgressor de boa cepa", por sua família ser de classe média. À medida que começou a se envolver mais com as drogas, deixou a casa de seus pais e foi viver em uma comunidade pobre, de onde articulava suas ações no tráfico e os assaltos.

Marisa sempre estudou em colégio privado, mas começou a faltar às aulas e a descuidar da escola sem comunicar aos pais. Os pais de Marisa são separados, mas moram na mesma avenida, opção que fizeram no momento da separação para facilitar a aproximação e a dedicação à educação dos dois filhos.

O uso de drogas por Marisa nunca foi enfrentado pelos pais. Eles sempre achavam que ela não era usuária e que a culpa por todos os problemas dela se deviam ao seu envolvimento com Lucas. Por um tempo, Marisa saiu de casa e foi viver perto de Lucas e do ponto de tráfico. Mas Lucas a mandou voltar para casa, pois era menor de idade e ele não queria arrumar problema para si. Os pais de Marisa foram buscá-la na favela. Outra tentativa do pai foi levá-la para outra cidade, e Marisa passou a viver em uma pousada. Mas tal atitude não teve êxito, pois Marisa se envolveu com pessoas suspeitas de utilizarem drogas.

Depois dessa época, mantida em casa, Marisa se revoltava e batia com a cabeça na parede, até tentar suicídio. Quando melhorou e sua família baixou a guarda, fugiu de casa por uma semana. Nessas idas e vindas, Marisa passou a utilizar medicamentos para reduzir a ansiedade, agravando sua dependência a substâncias.

Após um tempo nessa luta, a vida de Marisa mudou um pouco. O convívio com Lucas acabou, pois ele morreu numa troca de tiros com policiais. As matérias jornalísticas que anunciavam a morte do "ladrão fashion" também salientavam o pranto das cinco namoradas – entre elas, Marisa.

Para refletir

Quais fatores você acha que levaram Marisa a se envolver com drogas e a se juntar ao tráfico?

Existem distinções de gênero, raça e estrato social no consumo de substâncias e na inserção dos jovens no tráfico de drogas?

De que modo você vê a forma como a sociedade e a mídia tratam os dependentes de drogas, de acordo com gênero, raça e estrato social?

Texto para reflexão sobre o caso *A história de Marisa*

A necessidade de consumo e as influências do mercado de drogas

Embora o uso de substâncias legais e ilegais esteja presente em toda a sociedade, independentemente de gênero, raça ou estrato social, quando falamos na relação entre violência e drogas destaca-se o fenômeno do tráfico de drogas ilegais. Esse tipo de mercado tornou-se uma fonte de trabalho informal na sociedade brasileira, gerando ações violentas entre vendedores e compradores sob uma quantidade enorme de pretextos e circunstâncias.

Esse comércio ilegal de drogas está incluído no mercado formal, sendo de domínio público o envolvimento, em redes nacionais e internacionais, de instituições políticas, financeiras e empresariais com o capital gerado e em circulação por esse comércio ilegal.

Na medida em que nesse meio de trabalho ilegal não há recursos legais para extinguir as disputas, a violência ou a ameaça de violência torna-se um mecanismo para reforçar as regras sociais de troca no mercado ilícito.

Embora pessoas dos diversos estratos sociais estejam envolvidas no tráfico de drogas, assim como Marisa e Lucas, são os jovens pobres de favelas e periferia urbanas a força de trabalho preferencial para o tráfico. Uma vez integrados nesse mercado, esses jovens participam de uma série de relações de reciprocidade social. Trata-se de um grupo selecionado dentro de um contexto em si violento, com promessas de ganho fácil e imediato, numa situação de escassez de opções do mercado formal. Nesse ambiente, o drama da dependência às substâncias torna-se ainda mais delicado e difícil de ser enfrentado.

Uma parcela das pessoas que usam drogas e que está inserida no tráfico chega a ser identificada no sistema de segurança pública. Em relação aos jovens em conflito com a lei, nota-se a íntima relação entre envolvimento infracional deles e o consumo de substâncias.

Pesquisa de Simone Assis e Patricia Constantino (2001), que entrevistou adolescentes do sexo feminino internas em instituição de ressocialização no Rio de Janeiro, durante um ano, constatou que poucas jovens

nunca utilizaram drogas ilegais. Quase todas as jovens relatam o uso de algum tipo, sejam legalizadas – como álcool, tabaco, anfetaminas, tranquilizantes –, sejam ilegais, principalmente a maconha, a cocaína, o crack, a cola de sapateiro e outras substâncias inalantes fortes, como removedores de tinta.

Para saber mais sobre esses trabalhos, leia os dois sumários de pesquisa:

- *Traçando caminhos numa sociedade violenta: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores*, de Simone Gonçalves de Assis (1999).
- *Filhas do mundo: a infração juvenil feminina*, de Simone Gonçalves de Assis e Patricia Constantino (2001).

A maconha é a líder, seguida por cocaína, cola e álcool. Apenas cinco meninas dizem ter conseguido superar a dependência. Na instituição, demandam medicações, tranquilizantes, sinalizando a manutenção da dependência às substâncias (ASSIS; CONSTANTINO, 2001). Entre as drogas constantemente utilizadas por meninos em conflito com a lei do Rio de Janeiro, em ordem de frequência, estão maconha, cocaína, álcool, cola, haxixe e crack. Já em Recife, a ordem das mais usadas é: maconha, álcool, Rohipnol, cola, cocaína, crack, cheirinho da loló e haxixe (ASSIS, 1999).

Usuários de drogas, com ou sem envolvimento no tráfico, chegam cotidianamente aos serviços de saúde. Quando são identificados como traficantes ou "bandidos", causam constrangimento nos profissionais da saúde, que são obrigados a atender esses pacientes com policiais na retaguarda.

Um pouco sobre estratégias de atenção aos usuários de substâncias pode ser observado no seguinte artigo: "A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura", de Miriam Schenker e Maria Cecília de Souza Minayo (2004).

Em quaisquer dessas situações, o atendimento ao paciente demanda um cuidado especializado, que nem sempre é encontrado em alguns níveis da atenção. A precariedade de serviços especializados para dependentes de substâncias no país é outro aspecto que dificulta um bom atendimento.

Apesar de tantas dificuldades, os serviços de saúde não podem se eximir de fazer a sua parte no atendimento a esses indivíduos em situação tão vulnerável. Precisamos, sobretudo, ter clareza que mobilizar uma rede de apoio é indispensável, pois muitas abordagens necessárias a esses pacientes transcendem o papel da saúde. As instituições públicas e privadas especializadas no atendimento ao uso indevido e abusivo de drogas devem trabalhar com equipes multidisciplinares.

Métodos de tratamento para o uso indevido ou abusivo de drogas

Algumas formas de tratamento, especialmente utilizadas com jovens, podem ser acionadas durante o tratamento de pessoas dependentes de substâncias (SCHENKER; MINAYO, 2004).

1. Terapia comportamental: o cerne da intervenção resume-se em identificar os comportamentos que instigam o uso de drogas; prover o indivíduo de habilidades que rompam tal ciclo de conduta; e propiciar-lhe formas de lidar com situações propensas à recaída.

2. Terapia comportamental cognitiva: o tratamento foca as interações entre os fatores comportamental, cognitivo, social e do desenvolvimento, visando mudanças nas percepções e crenças e no comportamento do indivíduo. O uso de drogas é aqui entendido como funcionalmente relacionado aos problemas da vida do indivíduo e influenciado, por sua vez, pelos fatores sociais e cognitivos. O objetivo dessa terapia é auxiliar no reconhecimento de situações que podem levar o indivíduo ao uso de drogas; evitá-las mediante habilidades construídas; e lidar com problemas associados a elas.

3. Terapia motivacional: busca auxiliar o indivíduo, de forma empática, a se movimentar pelos seguintes estágios de mudança: pré-contemplação – a pessoa não reconhece ter problemas com drogas; contemplação – momento de ambivalência com relação às razões para a mudança; preparação – aumento do compromisso com a transformação; ação – o indivíduo pára de usar drogas; e manutenção – ele desenvolve um estilo de vida que evita a recaída.

4. Intervenções farmacológicas: usadas principalmente com adultos no tratamento de sintomas graves de dependência a drogas. Com adolescentes, podem ser utilizadas para desintoxicação e tratamento de co-morbidade.

5. Terapia dos 12 passos: os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA) concebem a adicção como uma doença progressiva e crônica, caracterizada pela negação e pela perda de controle. A espiritualidade é um elemento-chave nesses tratamentos. Pede-se aos participantes que aceitem, com humildade, o fato de terem perdido a batalha do controle sobre as drogas e se rendam ao poder superior. A ideologia dos 12 passos prega que a recuperação só é possível pelo reconhecimento individual de que as drogas são um problema e da admissão da falta de controle sobre seu uso. A terapia dos 12 passos é utilizada por adolescentes e adultos como complemento de tratamentos diversos.

6. Abordagem da comunidade terapêutica (CT): são programas residenciais de longa duração para adolescentes com severo abuso de drogas. Busca prover um meio seguro, saudável e acolhedor no qual o jovem possa desenvolver condutas, crenças e atitudes pessoais socialmente

mais adaptados. A organização social da CT serve como uma família substituta, provendo um meio terapêutico e de apoio para que a pessoa amadureça e cresça.

7. **Intervenções multissistêmicas e baseadas na família**: contextualizam a pessoa em sua família e na sociedade – seus pares, escola, comunidade –, partindo do princípio de que as relações da pessoa com esses contextos podem ser saudáveis ou adoecidas, no último caso, facilitadoras do uso de drogas. Tais tratamentos têm como base as relações disfuncionais do indivíduo com qualquer um desses sistemas, de forma que a terapia terá, necessariamente, que envolver pessoas desses variados universos. Consideram que a dinâmica dessas relações influencia seus pensamentos e suas percepções, contribuindo, então, para a formação de padrões de comportamentos. Reconhecem a influência crítica que o sistema familiar do adolescente tem no desenvolvimento e na manutenção de problemas de abuso de drogas.

Como se pode verificar, o atendimento ao usuário de drogas é um dos mais desafiadores para os profissionais da saúde, que precisam se sensibilizar para a importância de um olhar cuidadoso para esse grupo tão vulnerável à violência e se desfazer de preconceitos arraigados na sociedade, lembrando que a dependência precisa ser tratada, embora os mecanismos terapêuticos utilizados comumente não sejam os mais comuns à prática clínica. O apoio psicológico e social, aliado ao médico, é indispensável para que se consiga romper a situação de dependência das drogas.

Referências

ASSIS, S. G. *Traçando caminhos numa sociedade violenta*: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo*: a infração juvenil feminina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BUCHER, R. Prevenindo as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco. Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação das deficiências, incapacidades e desvantagens*. Brasília: OMS, 1989.

SCHENKER, M. *Valores familiares e uso abusivo de drogas*. 2005. Tese (Doutorado) - em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p. 707-717, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SEIDL, E. M. F. (Org.). Prevenção ao uso indevido de drogas: diga SIM à vida. Brasília: CEAD/UnB; SENAD/SGI/PR, 1999. v. 1.

12. Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência

Fátima Gonçalves Cavalcante e Olga Maria Bastos

Neste capítulo apresentamos casos de violência contra crianças, adolescentes e adultos com deficiência, ressaltando a importância da promoção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência e com necessidades especiais.

A deficiência é apresentada conceitualmente em sua interação deficiência-indivíduo-sociedade, a partir de dois modelos vigentes e de naturezas diferentes: "o modelo médico da deficiência" e "o modelo social da deficiência". A noção de violência no campo da deficiência, tema novo no país, é tratada à luz dos fatores de risco – do bebê ao idoso –, focalizando também as diferenças de gênero.

Diferentes tipos de deficiência são apresentados com seus respectivos fatores de risco, de modo a situar algumas das vulnerabilidades específicas dessa população diante da violência. Ao final do capítulo, há exercícios que proporcionam ao leitor revisar os temas abordados.

CASO *ENTRE VIOLAÇÃO DE DIREITOS E MAUS-TRATOS: UM PEDIDO DE SOCORRO*

Cena 1

Quando estava com 4 anos, veio a confirmação de que Maria Clara não iria andar. Uma encefalopatia crônica da infância, também chamada paralisia cerebral, a deixara com pernas e braços paralisados. Nessa idade, ela ficou órfã de

mãe, o pai foi embora e os dois irmãos mais velhos não se interessavam em cuidar dela. Moradora de uma casa humilde, e na perspectiva de ser totalmente dependente de cuidados gerais ao longo de sua vida, Maria Clara foi acolhida por uma vizinha que até iniciou os preparativos para adotá-la. Com essa ajuda, Maria Clara iniciou reabilitação em instituição especializada. No entanto, no momento da formalização da adoção, a família materna (tias e irmãos) não permitiu que concretizasse, uma vez que essa adoção poderia pôr em risco a casa deixada de herança aos filhos.

Tia Joana e os irmãos mais velhos, José e Jorge, ainda que resistentes, assumiram os cuidados de Maria Clara. Tempos depois, os irmãos decidiram colocá-la num abrigo. Ela percebeu a dificuldade de sua família para atender às suas necessidades e, agora, no abrigo se vê diante de novos horizontes. Há uma esperança de começar a frequentar a escola, mas infelizmente isso não se concretiza porque Maria Clara é cadeirante e a escola não está preparada para receber pessoas assim – tem escadas. Além disso, ela mal consegue segurar um objeto e não é capaz de levantar o braço para coçar a cabeça. Alguém da escola pergunta: "Quem vai levá-la ao banheiro, quando necessário?". Essa simples pergunta faz com que a escola se torne inacessível para ela. No dia a dia, Maria Clara tenta se conformar. Ao menos lá no abrigo ela pode praticar atividades interessantes, tomar banho diariamente, tem ajuda para ir ao banheiro, sempre há alguém com quem conversar, apesar de as visitas de sua família serem muito raras.

Para refletir

Que direitos são aqui violados e afetam a vida dessa criança com deficiência?

Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso *Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro*

O caso de Maria Clara representa a vivência de muitas pessoas com deficiência que passam a enfrentar barreiras funcionais. Nessa história marcada pela incapacidade de braços e pernas que não estão disponíveis para as funções usuais, como sentar, levantar, andar, segurar, abraçar, jogar, defender-se. Além disso, na medida em que Maria Clara cresce e faz uso de cadeira de rodas, as barreiras sociais parecem a cada dia mais intransponíveis, desde a ambivalência de sua família para assumir os cuidados dos quais depende totalmente, até a transferência de responsabilidade de seus cuidados para o Estado, mediante sua acolhida em abrigo e a

impossibilidade de realizar um sonho que é seu direito, assegurado pela Constituição Federal: o direito de frequentar uma escola.

As barreiras sociais, nesse caso, revelam-se nos espaços arquitetônicos – as escadas –, no espaço humano – “quem irá levá-la ao banheiro?” – bem como no espaço pedagógico em que se deveria utilizar toda uma série de adaptações para favorecer a integração escolar. As dificuldades de cuidado que se sucederam nesse caso se somam ao precário vínculo familiar estabelecido. Estima-se um desenvolvimento afetivo, social e cognitivo aquém das possibilidades dessa criança.

CASO *ENTRE VIOLAÇÃO DE DIREITOS E MAUS-TRATOS: UM PEDIDO DE SOCORRO*

Cena 2

O destino de Maria Clara teimava em mudar o rumo, trazendo novas tempestades. A Justiça da Infância e Juventude decidira que todas as crianças que tinham algum vínculo familiar deveriam voltar para suas respectivas famílias. Tia Joana, que trabalhava como diarista, ganhava um salário mínimo e ainda tinha que se desdobrar para cuidar da neta pequena. A essa altura, não teve mais escolha e foi obrigada a levar a sobrinha de volta para casa mediante imposição judicial. Maria Clara estava crescendo e ficando cada vez mais pesada. Transportá-la não era tarefa fácil, e os irmãos não se dispunham a ajudar. Ela até preferia que o irmão nem viesse, pois muitas vezes ele bebia e ficava muito agressivo. Relembra como havia se acostumado ao abrigo e gostava dos cuidados que lhe dedicavam. Nos últimos três anos, de volta ao lar, Maria Clara sentia-se um peso. Ela aprendeu a reter a urina e as fezes, evitando atrapalhar ou incomodar as pessoas.

Atualmente Maria Clara está com 13 anos e passa o dia sentada no chão vendo televisão e ouvindo música. Quando precisa, ela se arrasta. Em visita domiciliar, foi encontrada em precárias condições de higiene. Uma vez por semana, ela é levada a uma instituição especializada para desenvolver uma série de atividades interessantes. Um dia, Maria Clara explodiu num choro profundo e soluçava bastante. Com esse choro acumulado de muitos anos e de muitas queixas, ela tornou o seu pedido de ajuda “claro” e “visível”. Seu sonho era poder frequentar uma escola. Maria Clara conseguiu mobilizar toda a equipe. O Conselho Tutelar foi acionado, a equipe conseguiu uma vaga para Maria Clara numa unidade de atenção diária especializada para portadores de deficiência. Estão negociando uma vaga na escola e tia Joana se comprometeu a facilitar a ida diária da sobrinha, com a ajuda de voluntários da comunidade onde mora, e com auxílio de transporte, pago por um voluntário que se sensibilizou com sua história.

Para refletir

O que você pensa da iniciativa da Justiça da Infância e Juventude ao devolver Maria Clara para sua família de um modo compulsório?

Como você avalia as atitudes da família e as condições para recebê-la de volta?

Como você explica o desfecho exitoso desse caso?

Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso *Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro*

A análise das possibilidades da família para enfrentar o desafio de uma deficiência com a gravidade da deficiência física de Maria Clara, em condições de pobreza, é um ponto que merece ser pensado. Cuidar de pessoa "tetraplégica", com um salário mínimo e sem meios de proporcionar locomoção, parece uma missão quase impossível, se não houver apoios especializados assegurados pelo Estado.

Entretanto, é espantosa a iniciativa da Justiça da Infância e Juventude em "devolver" essa menina, num quadro global tão necessitado de cuidados especiais, para uma família em condições tão precárias. Por isso nos perguntamos: em que momento ocorreu a negligência? Estaríamos diante de uma negligência da família ou de uma negligência do Estado? A devolução de crianças para as famílias de origem deveria passar pelo crivo de uma avaliação das reais condições da família e de um processo de preparação que favoreça o vínculo, nos casos em que o retorno à família se mostre viável. Caso contrário, essa decisão corrobora com uma desassistência consentida pelo Estado e uma violação dos direitos da criança.

Nesse caso, assim como em outros, é possível encontrar uma equipe que acolha e se mobilize, gerando ações de solidariedade em rede, de modo a ultrapassar várias barreiras: "as barreiras sociais" (a cadeira de rodas adaptada, o transporte, os voluntários para levá-la e tirá-la do transporte, o voluntário que paga o transporte, a unidade de atenção diária, a escola, a confiança resgatada); e "as barreiras funcionais" (melhor acomodação na cadeira de rodas, garantia da higiene e de ida ao banheiro, acesso a diferentes locais).

As equipes não devem esperar pelo apelo da pessoa com deficiência, cabendo-lhes uma avaliação mais pormenorizada das necessidades, das situações de risco e de proteção diante dos direitos e dos maus-tratos, sobretudo daqueles que estão menos capacitados para avaliar a sua própria condição.

Alguns dos direitos recomendados em documentos internacionais: o direito à vida, ao trabalho, à educação, a fundar uma família, a ter um nível de vida adequado, a não ser sujeito a tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante, entre outros.

Deficiência e direitos humanos

Segundo o Censo 2000, 24,5 milhões de brasileiros têm algum tipo de deficiência, ou seja, 14,5% dos cidadãos apresentam deficiência física ou mental, dificuldade – em nível alto ou reduzido – ou incapacidade de ouvir, enxergar e andar (NÉRI, 2003).

Para saber mais sobre o Censo 2000, acesse o site: www.ibge.gov.br

Crianças, adolescentes e jovens com deficiência formam um grupo vulnerável e exposto à violência, e a literatura internacional informa que eles apresentam 1,7 vezes mais chance de sofrer algum tipo de maus-tratos do que a criança sem deficiência (GOLDSON, 2001). O impacto da violência na infância e na juventude se reflete na personalidade adulta e pode agravar acentuadamente um processo de desenvolvimento que já está associado a desvantagens ou incapacidades resultantes de uma ou mais deficiências.

A falta de informação sobre deficiências e sobre as possibilidades de sucesso de crianças, jovens e adultos, em atividades da vida regular, contribui para perpetuar o "mito da incapacidade". Escolas e professores se sentem despreparados para receber alunos com deficiência, empresas pouco se organizam para favorecer a integração de adultos com deficiência, de modo que o preconceito passa a ser uma experiência comum e que ajuda a manter a exclusão social desse grupo vulnerável.

Os direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros estão garantidos pelo artigo 3º da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003); e os de todas as pessoas com deficiência, pela Lei n. 7.853 (BRASIL, 1989).

- A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), no artigo 227, diz que "é dever do Estado garantir a todas as crianças e jovens o direito à proteção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar".
- O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003) estabelece no artigo 5º que "nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer

forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma de lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais". O ECA garante a proteção para crianças e adolescentes até os 18 anos e, em casos excepcionais, a lei se aplica a pessoas entre 18 e 21 anos.

A Carta Constitucional também assegura os direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 1989). A Lei n. 7.853 "dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social [...] e assegura o pleno exercício de seus direitos básicos, incluindo as áreas de educação, saúde, formação profissional e trabalho, recursos humanos, edificações (acessibilidade), lazer e previdência social" (FERREIRA, 2001, p. 22).

Para saber mais sobre os direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros e os de todas as pessoas com deficiência, acesse o site: http://agenda.saci.org.br/index2.php?izumi_secao=4.

O conceito de deficiência

Pessoa com deficiência é aquela incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência em suas capacidades físicas, sensoriais e/ou mentais.

A ideia de "deficiência" liga-se muitas vezes à noção de "ineficiência". A sociedade tende a ver a pessoa com deficiência como alguém infeliz, inútil, diferente, oprimida ou doente. O estigma que recai sobre ela tende a produzir e reforçar a segregação. Há um movimento recente na sociedade contemporânea para se enxergar a pessoa em sua totalidade, em sua "eficiência", e não apenas com um tipo de limitação.

Existe uma discussão em torno da terminologia para designar a pessoa que tem deficiência. Enquanto alguns advogam a utilização da expressão "pessoas com deficiência", os documentos oficiais utilizam o termo "portadores de deficiência", e por isso ambas as nomenclaturas podem ser empregadas.

O termo "pessoas com necessidades especiais" costuma ser utilizado para ampliar o grupo dos indivíduos que são tradicionalmente identificados na categoria "deficiência" (aqueles com deficiências físicas, auditivas, visuais, mentais e múltiplas). Tal expressão é mais abrangente e, por essa razão, inclui o autismo, a psicose infantil, a paralisia cerebral e os dependentes de tecnologia – pessoas com transtornos orgânicos e que dependem de recursos tecnológicos para a sua sobrevivência –, entre outros casos.

Para refletir

O que você pensa sobre o uso desses termos?

Em seu serviço vêm sendo adotados os termos "portador de deficiência" ou "a pessoa com deficiência"?

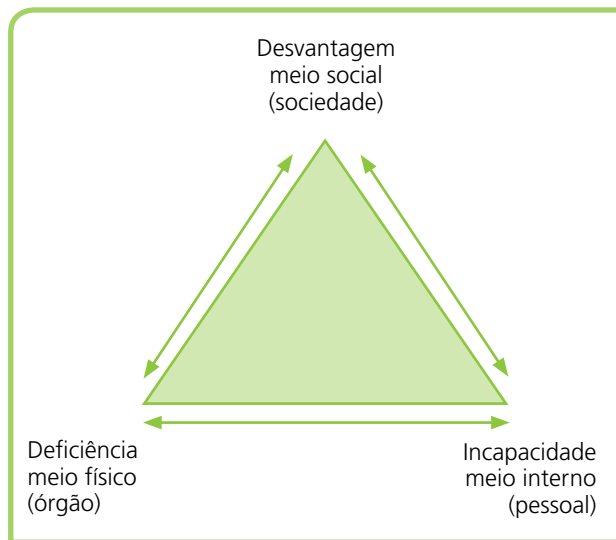
O que você pensa a respeito disso?

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (1989), o conceito de "deficiência" é visto de acordo com os critérios adotados pela Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Cidid).

Conceitos Cidid (1989)

- A dinâmica **deficiência-indivíduo-sociedade** se desdobra em três conceitos complementares e necessários para entender sua complexidade.
- A **deficiência** representa a exteriorização de um estado patológico que reflete um distúrbio orgânico ou uma perturbação num órgão.
- Ela gera uma **incapacidade** – a vivência de limites físicos sensoriais, psicológicos ou múltiplos – que impacta a pessoa em seu comportamento e em suas atividades cotidianas.
- A deficiência e/ou a incapacidade geram, como consequência, uma **desvantagem** que se reflete no meio social e limita o desempenho das habilidades individuais e dos papéis sociais.

A Figura 1 apresenta um esquema explicativo para mostrar a interação entre esses conceitos.

Figura 1 – Esquema explicativo

A desvantagem reflete as limitações sentidas em função da deficiência e da incapacidade, e o modo como elas se projetam nas relações do indivíduo em suas tentativas de se adaptar ao meio. O meio pode aumentar ou diminuir as desvantagens, compensando ou aumentando o efeito da deficiência e da incapacidade, afetando a percepção do indivíduo sobre si e sobre o ambiente circundante.

Lembre-se de que nem sempre a deficiência está associada a uma "incapacidade". O diabético ou o hemofílico possuem deficiência, mas com acompanhamento clínico podem não desenvolver "incapacidades", embora tenham que lidar com as "desvantagens" sociais.

A pessoa com deficiência enfrenta, portanto, dois tipos de barreiras: as "barreiras funcionais", decorrentes de sua limitação, e as "barreiras sociais", resultantes de impedimentos que acentuam desvantagens (a falta de acesso por condições arquitetônicas, o preconceito, a discriminação, o mito da ineficiência, a falta de oportunidades).

Diante dessas vulnerabilidades funcionais e sociais, as diferentes formas de violência aumentam a sensação de incapacidade e impotência, podendo agravar a deficiência, de um lado, ou ampliar a desvantagem e a desigualdade social, do outro.

Você sabia que a deficiência está aumentando em nosso país?

Nos últimos anos, em decorrência da melhoria tecnológica que possibilitou maior sobrevida dos prematuros extremos e de crianças com determinadas patologias graves, tem sido observado um aumento no número de crianças, adolescentes e jovens com algum tipo de deficiência. No entanto, o pouco investimento em programas de prevenção da deficiência em nosso país, o progressivo envelhecimento da população brasileira e o aumento da violência são fatores que contribuem para o aumento das deficiências, sendo necessário adequar o acervo das políticas e das ações setoriais e intersetoriais para se enfrentar os efeitos da transição demográfica e da onda de violência.

A violência contra a criança, o adolescente, a mulher, as pessoas institucionalizadas, as brigas entre homens ou a violência urbana podem produzir traumatismos crânio-encefálicos mais ou menos graves, ou lesões corporais que danifiquem órgãos ou partes do corpo, gerando deficiência. Já o envelhecimento populacional é outro fator que vem aumentando a incidência de deficiências crônico-degenerativas.

Promoção e defesa dos direitos do portador de deficiência

Historicamente, duas declarações internacionais se destacam no campo da deficiência.

1. A Declaração dos Direitos do Deficiente Mental

Adotada pela Assembléia Geral da ONU em 1971, essa declaração trata, de uma forma sucinta, de sete preceitos em benefício das pessoas com deficiência mentais: igualdade de direitos; acesso a meios de desenvolvimento de suas habilidades; emprego (dentro de suas limitações); convívio social; nomeação, quando necessário, de uma pessoa que o proteja; direito de processar alguém por exploração ou tratamento degradante; e diversos procedimentos referentes a limitações da deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1971).

Tendo o mérito de ser pioneira no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência, essa declaração se caracteriza pelo tamanho reduzido e pela escassez de conceitos, embora pareça suficiente aos propósitos iniciais que a inspiraram.

2. A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes

Adotada pela ONU em 1975, por meio da Resolução n. 3.447, essa declaração é composta de 13 parágrafos:

- garantia de todos os direitos, sem distinção ou discriminação;
- respeito inerente à dignidade humana, independentemente da gravidade da deficiência;
- direito a uma vida decente e a mais normal possível;
- garantia dos mesmos direitos civis e políticos de outros seres humanos;
- direito de essas pessoas serem capacitadas e de se tornarem autoconfiantes;
- direito a tratamento médico, psicológico, funcional (colocação de aparelhos corretivos e próteses), reabilitação médica e social, educação, treinamento vocacional, assistência, aconselhamento, integração social;

- direito à segurança econômica e social, à manutenção de emprego ou de atividade produtiva remunerada;
- direito a uma vida familiar ou institucional adaptada, a participar de atividades sociais, criativas e recreativas;
- direito de as pessoas com deficiência terem proteção contra a exploração, a discriminação, o abuso, a degradação;
- direito de ter assegurada assistência legal que leve em conta a condição física e mental da pessoa com deficiência.

Os dois últimos parágrafos enfatizam a importância de as pessoas portadoras de deficiência, suas famílias e comunidades serem plenamente informadas, por todos os meios apropriados, sobre os direitos contidos nessa declaração.

Para saber mais sobre essas declarações, acesse o site: http://agenda.saci.org.br/index2.php?izumi_secao=4.

As duas declarações refletem um período histórico marcado pelo "modelo médico da deficiência", circunscrito na reabilitação e na busca de maior integração social, quando a demanda de adaptação era esperada, sobretudo, por parte da pessoa com deficiência.

Em contraste com as declarações anteriores, as duas últimas décadas vêm operando transformações paradigmáticas importantes, ao privilegiarem o "modelo social da deficiência", com envolvimento maior de instituições sociais na causa da deficiência, quando a sociedade é desafiada a se adaptar de modo mais incisivo.

Entre os mais recentes eventos internacionais, é relevante citar o Congresso Europeu de Pessoas com Deficiência, que contou com mais de 600 participantes e culminou com a assinatura da Declaração de Madri (Espanha), em 23 de março de 2002, com o lema: "Não discriminação mais ação positiva igual a inclusão social". Nesse evento, o ano de 2003 foi proclamado como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência.

Na Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002), "a deficiência foi tomada como uma questão de direitos humanos" a serem assegurados, de acordo com as Convenções Internacionais, conforme a ideia de que a sociedade deve se modificar para favorecer a inclusão (educação inclusiva, acesso a novas tecnologias, saúde e serviços sociais, desporto e atividades de lazer, produtos, bens e serviços de defesa dos consumidores); é preciso incentivar políticas que respeitem a heterogeneidade da deficiência (pessoas com necessidades

complexas de dependência e suas famílias, o que requer ações específicas); o "direito à não-discriminação" deve ser completado pelo "direito de apoio e assistência".

Observe algumas recomendações da Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002):

1. Para autoridades da União Europeia e dos Estados Membros: combater as práticas discriminatórias; rever os serviços e sistemas de apoio para assegurar condições de integração social; "empreender investigações sobre a violência e o abuso cometidos contra as pessoas com deficiência"; reforçar a legislação sobre acessibilidade para assegurar o mesmo direito de acesso nas infra-estruturas públicas e sociais; "contribuir para a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência em nível mundial".

2. Para autoridades locais: pôr em relevo a promoção, os recursos e as atividades de âmbito local; convidar os agentes locais a integrar as necessidades das pessoas com deficiência nas políticas locais e comunitárias, contemplando a educação, o emprego, a habitação e o transporte, a saúde e os serviços sociais e tendo presente a diversidade das pessoas com deficiência, incluindo, entre outros, pessoas idosas, mulheres e imigrantes.

3. Para empregadores: aumentar esforços para incluir, manter e promover as pessoas com deficiência nos seus quadros de pessoal; desenhar os seus produtos e serviços de modo que sejam acessíveis às pessoas com deficiência, garantindo igualdade de oportunidades.

4. Para sindicatos: aumentar esforços para contribuir para o emprego de pessoas com deficiência, assegurando de forma adequada sua representação no trabalho.

5. Para meios de comunicação: criar e fortalecer alianças com associações de pessoas com deficiência para melhorar a imagem nos meios de comunicação de massa, favorecendo a inclusão de informação sobre as pessoas com deficiência; evitar aproximações paternalistas ou humilhantes, centrando-se melhor nas barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam e na contribuição positiva que estas podem oferecer à sociedade.

6. Para escolas: desempenhar um papel relevante na difusão da mensagem de compreensão e aceitação dos direitos das pessoas com deficiência, ajudando a dissipar medos, mitos e conceitos errôneos, apoiando os

esforços de toda a comunidade; difundir amplamente recursos educativos para ajudar os alunos a desenvolver um sentido de respeito pela sua própria deficiência e pela dos outros. Os estabelecimentos de ensino superior e as universidades devem, em cooperação com os ativistas do movimento de pessoas com deficiência, promover conferências e seminários dirigidos a jornalistas, publicitários, arquitetos, empregadores, assistentes sociais e agentes de saúde, familiares, voluntários e agentes locais.

Para mais informações sobre a Corde e o Conade, acesse:

- www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/principal.asp
- http://mj.gov.br/sedh/ct/conade/index.asp

Em consonância com os movimentos internacionais, criaram-se, no Brasil, órgãos ligados ao Ministério da Justiça: Coordenadoria Nacional para as Pessoas Portadoras de Deficiência (Corde), em 1986, e Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência (Conade), em 1999. O primeiro é responsável pela gestão de políticas públicas, da defesa dos direitos e pela promoção da cidadania. Ao segundo compete, principalmente, o acompanhamento e a avaliação das políticas específicas e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social e transporte, entre outros direitos concernentes à pessoa com deficiência.

Do modelo médico ao modelo social da deficiência

O "modelo médico da deficiência" focaliza a doença e a incapacidade. Tende a ver a deficiência como um problema do indivíduo que deve ser reabilitado ou curado, e valoriza o tratamento como foco principal de intervenção. Promove um esforço unilateral do deficiente, da família e das instituições especializadas, sem cobrar da sociedade a sua parcela de responsabilidade. Além disso, o foco no tratamento pode favorecer a exclusão das pessoas com deficiência do meio social.

Discriminação é um tratamento desfavorável contra um indivíduo ou grupo social; é toda restrição que anule ou limite o exercício (em igualdade de condição) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou demais setores da vida pública.

O "modelo social da deficiência" surge na década de 1960, no Reino Unido, como uma reação às abordagens biomédicas. No Brasil, ganha força a partir dos anos 1980. Nesse enfoque, a sociedade é chamada a refletir sobre como ela cria problemas e reforça a desvantagem quando mantém ambientes restritivos, bens e objetos inacessíveis do ponto de vista físico, políticas e práticas discriminatórias e desinformação sobre os direitos desse grupo social (SASSAKI, 1999).

Uma mudança de consciência social, em curso, faz com que, cada vez mais, as pessoas com deficiência comecem a ser vistas como detentoras de direitos e, portanto, como sujeitos que se beneficiam diretamente da lei.

O foco, antes colocado nas anormalidades, agora passa a ser situado nas pessoas, o que significa que torna-se crucial dotar as pessoas com deficiência de meios necessários para que elas possam construir uma participação ativa na vida política, econômica, social e cultural, tendo suas diferenças respeitadas.

Nesse novo modelo, deve ser desenvolvida uma nova pauta de condições para que uma pessoa com deficiência possa fazer parte de uma "sociedade inclusiva":

1. **autonomia**: domínio físico ou social dos vários ambientes que a pessoa necessita frequentar;

2. **independência**: capacidade e prontidão para tomar decisões sem depender de outras pessoas, fazendo uso de informações disponíveis. A independência pode ser pessoal, social ou econômica;

3. **empoderamento**: processo pelo qual uma pessoa ou um grupo de pessoas usa o poder pessoal, inerente às possibilidades e limites de cada um, para escolher, decidir e assumir o controle de sua vida;

4. **equiparação de oportunidades**: processo pelo qual os sistemas sociais – meio físico, habitação, saúde, educação, trabalho, vida cultural e social – são feitos acessíveis para todos;

5. **inclusão social**: quando a sociedade se adapta para incluir em seus sistemas sociais pessoas com necessidade especiais e, simultaneamente, elas se preparam para assumir seus papéis na sociedade, num processo bilateral em que "pessoas ainda excluídas" e a sociedade buscam equacionar os problemas em parceria, mediante equiparação de oportunidades (SASSAKI, 1999).

Para refletir

Nos serviços que você conhece, veja qual modelo prevalece no tratamento de deficiência: o "modelo médico" ou o "modelo social". Exemplifique.

Violência e deficiência

Apresentamos a seguir alguns estudos de caso para facilitar a visualização de como a violência pode impactar a saúde e a qualidade de vida das pessoas com deficiência, de acordo com diferenças em faixa etária, gênero e considerando tipos de deficiência. Cada caso apresenta e situa

um conjunto de problemas, propõe reflexões e formula um caminho possível do pensamento diante das situações colocadas, deixando para o leitor a ampliação dos pontos de vista, o debate com colegas de trabalho, o contraste com sua experiência profissional.

CASO EM BUSCA DE AJUDA PARA ANGÉLICA

Cena 1

Maria Antônia compareceu à consulta médica, pela primeira vez, acompanhada de sua filha Angélica, uma adolescente de 13 anos, com grave deficiência mental. Angélica, segundo relato de sua mãe, apresenta vômitos frequentes, porém apenas quando ingere líquidos. Essa jovem é filha única e mora com os seus pais.

Até a idade de 8 anos, ela fez acompanhamento com um neurologista, usando medicamentos controlados e, desde então, nunca mais foi a outras consultas médicas, embora a medicação continuasse a ser dada ininterruptamente. Afinal, Maria Antônia trabalha numa clínica e, por isso, tem a facilidade de conseguir novas receitas com alguns médicos, o que mantém o seu acesso aos medicamentos sem que dependa de ir à consulta. Ela alegou que não veio mais às consultas com sua filha por estar morando longe, embora precisasse de uma única condução para chegar ao hospital. Maria Antônia trabalha na clínica em horário integral e Joaquim, o pai, como faxineiro em um edifício próximo à sua residência. O casal não conta com a ajuda de outras pessoas. No entanto, a família também recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a que Angélica tem direito.

Benefício de Prestação Continuada é um benefício no valor de um salário mínimo – garantido pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 203, inciso V – para a pessoa portadora de deficiência, sem limite de idade, e para o idoso, quando comprovam não ter condições econômicas de se manter e nem de ter sua subsistência mantida pelas famílias. É um recurso concreto a ser utilizado pelos profissionais da saúde no atendimento do portador de necessidade especial.

Durante a consulta, percebe-se que a jovem é extremamente dependente, relacionando-se pouco com as outras pessoas; ela fica durante todo o tempo no colo da mãe, lambendo-a ou, então, colocando a mão dentro da boca e salivando muito. O exame físico não mostra qualquer anormalidade, além de desnutrição, fato que chama atenção.

A doutora Jeane, preocupada com as condições gerais da jovem, chegou a pensar em interná-la para investigar melhor a queixa da mãe e verificar as condições gerais da menina. No entanto, optou por mantê-la em acompanhamento ambulatorial. Foram solicitados exames específicos e o retorno em uma semana.

Para refletir

Que tipo de violação de direitos e de maus-tratos encontramos nesse caso?

Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso *Em busca de ajuda para Angélica*

O isolamento social da família muitas vezes decorre do estigma de ter um filho com deficiência, fato que pode gerar sentimentos de incerteza, inadequação e sensação de rejeição social.

Sabemos que o isolamento é um dos fatores de risco para maus-tratos infantil. Se a família não interage, se ela não constrói novos laços sociais, se não procura construir alternativas de apoio e de acompanhamento regular de uma criança ou adolescente com deficiência, haverá poucas chances para um desenvolvimento mais adequado, e a deficiência tenderá a se agravar.

O deficiente mental severo será dependente de cuidados gerais ao longo da vida, porém ele necessita de um intenso processo de estimulação e socialização a partir de uma equipe multiprofissional, visando ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais. A descontinuidade do acompanhamento médico talvez seja apenas um dos indícios para se suspeitar de que possa estar havendo falta de cuidado e de atenção específica às necessidades de Angélica em outras áreas.

O desinteresse da família em prover um acompanhamento neurológico que requer consultas regulares e reavaliações medicamentosas periódicas sugere um tipo de descuido preocupante e que pode acarretar prejuízo ao desenvolvimento global dessa jovem.

CASO **EM BUSCA DE AJUDA PARA ANGÉLICA**

Cena 2

Na consulta seguinte, Maria Antônia e sua filha Angélica foram recebidas, inicialmente, pela assistente social Conceição. Numa conversa detalhada, Conceição compreendeu que o que a mãe chamava de vômitos; na verdade, era o acúmulo de saliva que Angélica eventualmente cuspia. Essa era apenas a confirmação de que sua salivação precisaria ser trabalhada por uma fonoaudióloga. Investigando a história familiar, descobriu-se que a adolescente ficava sozinha em casa, trancada em um quarto, sem nenhum tipo de assistência, permanecendo lá todas as manhãs e todas as tardes, no horário em que seus pais estavam trabalhando.

Maria Antônia tentava minimizar essa situação, alegando que o pai ia diariamente dar o almoço à filha, pois ele tinha um intervalo de uma hora, em torno das 14 horas. Morando tão próximo do local de trabalho, isso era possível. Os pais da jovem tinham vindo do Nordeste e não contavam com a ajuda de nenhum familiar ou amigo para auxiliar nos cuidados com a filha.

Maria Antônia trouxe os exames laboratoriais, e a doutora Jeane pôde constatar que Angélica estava somente com uma discreta anemia. Ao final, Conceição e a médica conversaram sobre o caso e concluíram que deveriam explicar à Maria Antônia a necessidade de se fazer uma notificação junto ao Conselho Tutelar para que Angélica fosse colocada numa escola e de que a família se reorganizasse para poder atender e acompanhar as necessidades da filha.

Tempos depois, o Conselho Tutelar conseguiu uma escola para Angélica. No entanto, a "baba" da jovem foi colocada como obstáculo para sua adaptação. Os professores alegaram que ela deveria "aprender a se comportar melhor" para poder garantir um espaço na escola. No momento, ela poderia permanecer somente meia hora por dia. Afinal, essa salivação excessiva a estava impedindo de participar das atividades propostas.

No livro *Violência faz mal à saúde*, coordenado por Claudia Araújo de Lima (2004), você pode ler o Capítulo 11, de Luci Pfeiffer, para saber mais a respeito da situação da violência sobre crianças e adolescentes com deficiências e necessidades especiais.

Para refletir

Como ajudar a família a compreender a situação precária de sua filha e os maus-tratos a que estava submetida?

Pense sobre a conduta tomada pela doutora Jeane e por Conceição.

Pense sobre a conduta dos professores da escola.

Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso *Em busca de ajuda para Angélica*

Intervir num sistema familiar é um passo difícil para muitos profissionais da saúde. No entanto, esse gesto, quando bem fundamentado, talvez represente a única chance que uma criança e um adolescente possam ter para mudar o rumo de suas vidas.

Prevenir uma situação de maus-tratos significa evitar dores físicas, sofrimentos emocionais, dificuldades para integração social e sequelas adicionais à deficiência. Intervir significa mobilizar ações positivas em prol da pessoa com deficiência e em prol da família, produzindo uma tomada de consciência sobre as necessidades que precisam ser atendidas e tomando providências para a concretização das mesmas.

As famílias requerem um olhar de apoio, de suporte, de orientação, de ampliação das condições de assistência de todos os seus membros, de modo que, quando atendidas, tenham condições de amparar melhor todos e cada um, conforme suas necessidades.

Esse caso também nos faz pensar sobre os limites do modelo médico para se ajudar aos portadores de deficiência, e a necessidade de ampliar estratégias ligadas ao modelo social da deficiência que desafia toda a sociedade a rever os seus conceitos e a construir formas efetivas de acolhimento.

O despreparo das escolas para um acolhimento adequado desse tipo de população é outro problema importante que deve ser levado em conta. Há necessidade de orientação e formação dos professores para que a escola tenha condições de se tornar um local que favoreça a integração e a inclusão social.

Como construir um plano de apoio individualizado para traçar metas de autonomia para Angélica? Como inserir a família de Angélica num trabalho junto a outras famílias, para que ela possa, em certa medida, se empoderar? Como cuidar da "baba" de Angélica e dar a ela condições de maior convívio social? Essas são algumas das questões a que a equipe de saúde, a escola e o Conselho Tutelar, numa articulação em rede, deveriam ser capazes de responder.

Para refletir

O que você faria nesse caso? Quais seriam suas sugestões?

CASO OS MANEIRISMOS DE JOÃO E A SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL

Cena 1

João está com 16 anos e apresenta autismo associado a um comprometimento intelectual importante.

Vez por outra ele exibe comportamentos bizarros e, em seu dia a dia, é dependente para atividades vitais, como alimentação e higiene pessoal.

João veio trazido à consulta médica pelo educador e pela psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial que frequenta. Eles estão preocupados porque há mais ou menos dois anos o rapaz tem estado cada vez mais erotizado, "esfregando-se" no educador. Além disso, ao realizar a higiene do adolescente, o educador observou que após a evacuação ele fica com "dilatação no ânus".

Sabe-se que João sempre apresentou incontinência fecal, o que talvez justifique essa dilatação. No entanto, de uns tempos pra cá, ele passou a se colocar em certas posturas "convidativas" a uma relação sexual, repetindo ritualisticamente um padrão de comportamento excessivamente erotizado, o que levou a equipe a pensar se ele estaria sendo vítima de abuso sexual. A família mantém pouco contato com a instituição, que tomou conhecimento de que há menos de um ano a mãe está residindo com um novo companheiro.

Como avaliar esse tipo de situação junto a um adolescente com sérias dificuldades de comunicação e compreensão sobre a vida? Seriam essas posturas erotizadas um comportamento que repete algo por ele vivido, ou seria simplesmente uma estereotipia típica do autismo, associada ao seu desenvolvimento sexual?

Para refletir

Quais são as dificuldades para se identificar os sinais de abuso num adolescente com autismo e retardo intelectual?

Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso *Os maneirismos de João e a suspeita de abuso sexual*

O desenvolvimento sexual ocorre da mesma forma nos adolescentes com ou sem deficiência. A produção de hormônios sexuais é responsável pelas mudanças corporais, que juntamente com as modificações psíquicas e sociais contribuem para que nessa etapa do desenvolvimento humano – a adolescência – a sexualidade genital erotizada se manifeste.

Esse caso pode ser a simples manifestação de uma sexualidade que amadurece e se manifesta em condutas que podem ser interpretadas como inadequadas, e suscitar um tipo de orientação sobre o lidar com a sexualidade. O caso também pode conter indícios de abuso sexual, mas as dificuldades de comunicação no autismo e o distanciamento da família

tornam essa averiguação difícil de ser feita. Isso mostra a dificuldade para identificar os sinais de abuso em crianças e adolescentes com distúrbios na comunicação e nas atitudes. Além disso, as dificuldades da família em atender aos chamados da instituição reforçam as suspeitas de que algo pode não estar indo bem, na medida em que essa família se mantém ausente e distante.

O que poderíamos, então, pensar sobre o caso: estamos diante de negligência familiar? Estamos diante de uma suspeita de abuso sexual? Sejam quais forem os indícios, será que a equipe já tem dados suficientes para fazer uma notificação junto ao Conselho Tutelar? O que você acha?

Notificação junto ao Conselho Tutelar

Casos confirmados e suspeitos de qualquer tipo de abuso ou negligência devem ser notificados ao Conselho Tutelar por profissionais da saúde e da educação.

Entretanto, a "falsa denúncia" feita sem evidências claramente definidas e, muitas vezes, com a intenção de acusar e/ou culpar o outro pode trazer sérias consequências à pessoa denunciada, que fica sob suspeita até que tenha condições de defender-se e provar sua inocência.

Portanto, a notificação precisa ser embasada em suspeitas ou evidências claramente descritas e situadas no contexto de sua ocorrência.

Para refletir

O que você faria nesse caso? Quais seriam suas sugestões?

Caso **Há interferências da tutora na vida de Fernanda?**

Fernanda é surda e, aos 30 anos, casou-se com Gilberto, portador de deficiência auditiva leve e deficiência visual parcial. Ela foi morar ao lado da casa dos sogros, tendo a possibilidade de obter apoio próximo.

Entretanto, sua tia e tutora a visitava seguidamente, e parecia querer interferir na vida da sobrinha a tal ponto que o casamento não chegou a durar muito tempo. Fernanda era interditada judicialmente e sua tia se colocava na situação

com pulso forte, como quem quer manter o controle, administrando o dinheiro de uma pensão familiar deixada para a sobrinha.

Apesar das pílulas anticoncepcionais oferecidas pela tia, Fernanda engravidou. Quando o bebê nasceu, a tia alegou que Fernanda não podia amamentar, pois usava medicamento psiquiátrico, embora a equipe do posto de saúde que a acompanhava desconhecesse qualquer sintomatologia psiquiátrica naquela época.

Por iniciativa da tia, o bebê foi registrado apenas no nome da mãe, na qualidade de mãe solteira. No entanto, o pai entrou com recurso e conseguiu reconhecer a sua paternidade, dando seu nome à filha.

Há uma suspeita de que durante o parto, cesariana, a tia tenha solicitado ao médico a ligadura de trompas da sobrinha, sem o conhecimento desta. A tia parecia segura de que de agora em diante Fernanda não iria mais engravidar, embora para ela o sonho de ser mãe novamente ainda persistisse.

Certa vez, Fernanda se desentendeu com a tia e levou uma surra, ficando toda marcada. Nessas horas difíceis, ou ela corria para a casa do ex-marido em busca de socorro ou ia para o posto de saúde. Apesar de dispor de uma linguagem limitada, de alguma forma ela conseguia se comunicar. Outros serviços que costumavam dar apoio a Fernanda foram acionados, mas optou-se por não fazer uma ocorrência na Delegacia de Mulheres, por falta de provas. Afinal, alegava-se que a tia tinha um bom advogado e poderia processar os profissionais por calúnia e difamação.

A situação de Fernanda é de difícil comprovação, as barreiras linguísticas são grandes e, com o passar dos anos e acúmulo de desavenças, ela parece estar desenvolvendo alguns sintomas psiquiátricos. Hoje, aos 35 anos, com uma filha de 5 anos, Fernanda parece excessivamente medicada e por vezes até impregnada. Ela não foi estimulada de forma a adquirir autonomia, está dependente e vive sob o domínio da tia. O ex-marido, ao contrário, tem mais autonomia, tem seu próprio emprego e dá pensão de um salário mínimo para a filha. No entanto, é a tia quem monitora as visitas do pai, determinando o dia e a hora em que ele pode ir vê-la.

Para refletir

Houve algum tipo de violência ou violação de direitos nessa história? Especifique.

Em sua opinião, quais são o limite e a possibilidade de atuação de um tutor?

O que deixou Fernanda vulnerável ao domínio de sua tia?

Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso *Há interferências da tutora na vida de Fernanda?*

Quando a mulher com deficiência tem poucas oportunidades de reduzir as desvantagens diante de sua deficiência, ela pode ficar à mercê de parentes ou do próprio marido, com chances reduzidas de autonomia.

Sabemos que a pessoa surda pode ser ajudada a desenvolver sua linguagem e a adquirir desenvoltura nos mais diversos campos da vida. No entanto, tendo ficado órfã na infância, Fernanda foi criada por uma tia materna que acabou não investindo seriamente na autonomia e no empoderamento da sobrinha. Ao contrário, tendo-a como dependente, a tia parece atuar como se pudesse dispor da vida de Fernanda ao seu bel-prazer, considerando-a incapaz de tomar decisões e de gerenciar sua própria vida.

A liberdade de Fernanda é sistematicamente tolhida, as interferências da tia minam todas as possibilidades de uma vida autônoma, decisões cruciais são tomadas à revelia da sobrinha. O efeito desse processo na vida dessa mulher é enlouquecedor. O abuso de poder se faz presente de forma contundente, embora sob o disfarce do cuidado e da proteção.

É importante reforçar a capacidade de organização das pessoas com deficiência, favorecendo o diálogo, a cooperação e sua participação direta em todos os níveis de adoção de medidas, supervisão e avaliação das ações.

Esse caso nos ajuda a problematizar o papel do cuidador e a refletir sobre os limites e as possibilidades do tutor ao gerenciar a vida de portadores de deficiência. Além disso, nos faz pensar sobre o medo dos profissionais para intervir em situações dessa natureza, o melindre de enfrentar a família e desmascarar a violência “invisível”, deixando Fernanda com a sensação de que seus pedidos de ajuda não são escutados, tampouco vistos. Sem uma escuta solidária, Fernanda fica aprisionada numa relação desigual e desorganizadora, com poucas chances de romper o ciclo da violência.

O não-desenvolvimento das capacidades e competências dos portadores de deficiência os fragiliza e pode torná-los presas fáceis de uma dinâmica temperada pela violência. Por essa razão, os cuidados específicos voltados ao portador de deficiência são fundamentais e também servem como fatores de promoção de saúde e prevenção contra a violência.

Para refletir

É inevitável pensar em uma escuta solidária. Como romper com o ciclo de violência ao qual Fernanda está aprisionada?

O que você faria nesse caso?

Quais seriam suas sugestões?

Deficiência, violência e fatores de risco

O estudo da violência afetando portadores de deficiência ainda é um tema de debate recente no país. Isso não ocorre nos países desenvolvidos, onde esta discussão já acontece há mais tempo.

Fatores de risco entre crianças e adolescentes

Estima-se que crianças e adolescentes com deficiência tenham 1,7 mais chance de serem submetidos a qualquer tipo de maus-tratos do que aqueles sem deficiência. Acreditava-se inicialmente que o estresse psicológico que envolvia o cuidado de um portador de deficiência justificava maior prevalência de maus-tratos entre os pais.

Estudos mais recentes indicam que o estresse psicológico apenas não é fator suficientemente forte para promover situações de maus-tratos, e que a ocorrência da violência na família de portadores de deficiência costuma estar associada também a pelo menos mais um fator de risco, como aspectos sociofamiliares ou socioambientais associados a maus-tratos infantis, e que configuram um perfil de "famílias multiproblemáticas" (GONZALVO, 2002).

Entre os fatores de risco sociofamiliares ou socioeconômicos estão: pobreza e falta de recursos socioeconômicos; isolamento social, marginalização e minoria étnica; família monoparental; drogadição; moradia deficiente ou falta de moradia; enfermidade física incapacitante, enfermidade psíquica, alcoolismo; delinquência e violência familiar; prostituição; mãe adolescente.

Os primeiros modelos de análise de maus-tratos infantil atribuíam grande valor etiológico às características psicológicas individuais (modelo psiquiátrico) e socioeconômicas (modelo sociológico). Esses modelos analisavam os maus-tratos de um ponto de vista unilateral, generalizando

aspectos isolados do problema sem estabelecer nenhuma correlação com outros tipos de fatores etiológicos.

Nas últimas décadas, têm surgido modelos do tipo psicossocial e socio-interacionista (modelos ecossistêmicos). Tais modelos procuram integrar os aspectos psiquiátricos, psicossociais, socioeconômicos, estruturais, culturais e ambientais, tanto individuais quanto familiares, concebendo o fenômeno dos maus-tratos como uma "disfunção do sistema pais-filhos-ambiente", e não como mero resultado de traços patológicos da personalidade parental, de um alto grau de estresse socioambiental ou de características particulares das crianças.

RESULTADOS DE UM ESTUDO RETROSPECTIVO TRANSVERSAL FEITO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE INGRESSARAM EM CENTROS DE ACOLHIDA EM VIRTUDE DE MAUS-TRATOS

Não se pode estabelecer uma relação clara entre o tipo de deficiência e determinadas formas de abuso, porém serão aqui relatados alguns resultados de um estudo retrospectivo transversal feito entre 1.115 crianças e adolescentes de 0 a 17 anos (de junho de 1991 a junho de 2001) que ingressaram em centros de acolhida na província de Saragoça (Espanha) em virtude de maus-tratos. Do total, 62 apresentavam deficiências; ou seja, 5,56%, uma prevalência inferior à esperada (estima-se que 10% da população infanto-juvenil em âmbito nacional e mundial apresentem alguma deficiência). Os resultados indicam que entre os tipos de deficiências que mais sofreram maus-tratos estão: deficiência mental (35,5%), múltipla deficiência (27,4%), deficiência física (25,8%) e deficiências sensoriais (11,2%). Entre os maus-tratos mais comuns, estão a negligência e o abandono (82,2%); 16,1% dos casos sofreram outras formas de maus-tratos. A negligência predominou entre crianças e adolescentes com ou sem deficiência. A mãe foi a abusadora mais frequente (83,8%), seguida do pai (56,4%) ou de ambos os genitores (46,7%) (GONZALVO, 2002).

Fatores de risco entre maus-tratos e dificuldades de aprendizagem

1. Traumas repetidos na cabeça podem produzir distúrbios cognitivos e, como consequência, gerar dificuldades de aprendizagem.

2. Crianças com dificuldades de aprendizagem têm problemas para processar informações, são mais desatentas e hiperativas, estando mais sujeitas a formas abusivas de controle e a maus-tratos.

Para aprofundamento do tema, acesse o site da Comissão Europeia no Âmbito do Programa Daphene:

http://ec.europa.eu/justice_home/funding/daphne/doc/daphne_call_2006_pt.pdf.

Lá, consulte o link "Infância, deficiência e violência".

3. Ambientes de pouca estimulação, baixa condição socioeconômica e associados a maus-tratos podem produzir dificuldades de aprendizagem.

Fatores de risco entre mulheres

Mulheres com deficiência estão mais vulneráveis a serem vítimas de suas próprias famílias ou de seus parceiros íntimos, suscetíveis a diferentes tipos de abuso, incluindo o abuso sexual e o risco de infecção pelo HIV/Aids.

O isolamento de mulheres e famílias, a pobreza, o desemprego, a dependência dos parentes ou do cônjuge são fatores que aumentam o risco de violência entre as mulheres. As sequelas do abuso destroem a auto-estima e expõem a mulher ao risco de sofrer de problemas mentais, depressão, fobia, tendência ao suicídio, consumo abusivo de álcool e demais drogas.

Outro fator de gênero relevante é o fato de as mulheres se afastarem do mercado de trabalho para cuidar das pessoas com deficiência, das crianças pequenas e dos idosos. Com esse afastamento, há ausência de recolhimento de um sistema previdenciário entre mulheres em idade economicamente ativa e interrupção de uma carreira e/ou profissão, com impacto na renda familiar e no desenvolvimento social da mesma.

Fatores de risco entre homens

Homens com deficiência têm oportunidades de emprego limitadas, bem como uma formação educacional e profissional insuficientes. Aqueles que trabalham recebem salários inferiores a outros trabalhadores. A exclusão ou estreiteza de oportunidades conduz o homem com deficiência a se perpetuar numa situação de pobreza, com poucas possibilidades de quebrar o círculo vicioso. Eles também se encontram vulneráveis ao vírus HIV/Aids pela falta de informação ou por informações raramente adaptadas em linguagem de sinais ou em braille, no caso dos surdos e dos cegos, respectivamente.

Fatores de risco entre idosos

Embora o envelhecimento nem sempre seja acompanhado de deficiência, ele está associado a maior vulnerabilidade física e mental, condição que pode ser geradora potencial de violência. O idoso, ao apresentar uma ou mais deficiências, está sujeito a diferentes formas de violência,

sendo as mais comuns a financeira, o uso de aposentadorias pela família e a desatenção de suas necessidades, culminando no abandono.

O idoso também está sujeito a maus-tratos físicos, precários cuidados higiênicos, má nutrição, vestuário inadequado, escaras. Estudos recentes sugerem que mulheres idosas, em situação de comprometimento cognitivo, físico e mental, estão em maior risco de maus-tratos. Sem ter como se proteger e por culpa, é comum o idoso se sentir um "fardo" para os familiares.

A relação entre os tipos de deficiência e determinados fatores de risco pode ser vista no quadro a seguir:

Quadro 1 – Características e fatores de risco por deficiência

Características das deficiências	Fatores de risco por deficiência
A **deficiência física** é caracterizada por algum tipo de paralisia, limitações do aparelho locomotor, amputações, malformações. A **paralisia cerebral**, por uma ou mais lesões em diferentes áreas do cérebro, com modificações na fala, visão, audição e na organização motora, havendo em muitos casos preservação da inteligência.	**Deficiência física e paralisia cerebral** – as pessoas com limites físicos e ortopédicos têm mais risco de sofrer acidentes e quedas. O crescimento pode trazer maior sobrecarga aos cuidadores, acumulando estresse e irritabilidade aos cuidados diários. Há risco de negligência, negação das necessidades médicas e do trabalho de reabilitação, negligência dos cuidados gerais e risco de descontinuidades, em função dos muitos cuidadores.
A **deficiência visual** se caracteriza por perdas visuais, parciais ou totais, após correções óticas ou cirúrgicas que limitem o desempenho normal. A **deficiência auditiva**, por perdas auditivas, parciais ou totais, após correções cirúrgicas ou uso de aparelho que limitem o desempenho normal.	**Deficiência auditiva e visual** – o limite de possibilidades de comunicação das pessoas com déficit de audição irá torná-las mais suscetíveis ao abuso físico e sexual, pela dificuldade em comunicar o ocorrido. Entretanto, a criança e o adolescente cegos ou mesmo com visão subnormal, pela tendência a conhecer o mundo através do tato, poderão estar suscetíveis ao risco de abuso sexual. A negligência também aparece como outra forma de maus-tratos presente nesse tipo de deficiência, principalmente pela falta de maneiras adaptativas de lidar com esse grupo, seja criando meios de vencer as barreiras de linguagem, seja encontrando mecanismos de vencer as barreiras da locomoção.
A **deficiência mental** se caracteriza pela presença de retardo mental em diversos níveis, medidos por testes psicológicos ou pelo desempenho funcional, com um rendimento intelectual inferior à média e prejuízos nos padrões comportamentais esperados para a idade ou grupo cultural.	**Deficiência mental** – quanto maior for o nível de funcionamento global, maior é o risco de maus-tratos de qualquer tipo. Os que têm menor comprometimento possuem maior risco e representam 80% do total de deficientes. Os demais correm menos risco de sofrer abuso porque costumam ser mais dóceis e cooperativos. Os deficientes mentais, juntamente com aqueles que apresentam distúrbios na comunicação, são os mais vulneráveis a sofrer abuso sexual pela insegurança emocional e social, pela tendência a ter cuidadores por um tempo mais prolongado, pela falta de orientação sexual. As adolescentes e os adultos jovens com deficiência estão entre os mais vulneráveis ao abuso sexual. O mais frequente é a negligência física e emocional, seguido do abuso psicológico e/ou físico e, por último, do sexual.

Quadro 1 – Características e fatores de risco por deficiência (cont.)

Características das deficiências	Fatores de risco por deficiência
A **múltipla deficiência** se caracteriza por agrupar duas ou mais deficiências numa organização evolutiva ainda mais complexa, pelo efeito interativo de incapacidades e desvantagens.	**Múltipla deficiência** – risco de negligência, de abuso físico e abuso sexual, ou ainda de uma combinação de diferentes maus-tratos. Observa-se que os menos severamente incapacitados estão em maior risco de abuso do que os mais prejudicados. Aqueles cuja deficiência é mais leve geram mais expectativas e podem se tornar mais difíceis de manejar. Estudos mostraram que esse grupo tende a ser mais severamente abusado física e sexualmente, por um tempo mais prolongado. Os que possuem deficiência profunda são menos provocativos e agressivos, menos suscetíveis ao abuso.
O **autismo** se caracteriza como uma síndrome comportamental com alterações presentes nos primeiros anos de vida; apresenta desvios qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação, gerando graves prejuízos sociais, havendo deficiência mental associada ou inteligência quase normal ou normal por completo. A **psicose infantil**, por uma interrupção progressiva ou abrupta do desenvolvimento normal de uma criança marcada pela instalação de graves distúrbios de comportamento, havendo parada ou retrocesso do desenvolvimento.	**Autismo e psicose infantil** – as pessoas com autismo e psicose infantil costumam ter sérias dificuldades de comunicação, comportamento e perturbação na interação social, com hiperatividade, problemas de sono e de alimentação, o que acarreta enorme estresse e desgaste para a família, colocando-as em risco de negligência, abuso psicológico e físico. É comum a manifestação de comportamentos bizarros e um olhar social crítico e intolerante codificado como "má educação". Isso acentua na família o medo e a angústia diante dessas inadequações, e a vergonha ao se considerar incapaz, havendo, assim, tendência ao isolamento em muitos casos. Essas crianças e adolescentes também apresentam o risco de se tornarem violentas e de exibirem comportamentos difíceis de manejar, necessitando de orientação e amparo para encontrar outras formas de comportamento mais adequadas ao convívio.
O **dependente de tecnologia** se caracteriza pela presença de severa deficiência ou doença crônica, associada à dependência de serviços médicos que compensem funções vitais em função do uso de equipamentos, ou pela dependência de cuidados permanentes de enfermagem para evitar a morte ou deficiências futuras. Pode fazer uso de ventilação mecânica, traqueostomia, terapia do oxigênio, terapia intravenosa ou hemodiálise.	**Dependente de tecnologia** – essas pessoas, sejam crianças, adolescentes ou adultos, correm o risco de viver um período curto ou prolongado de suas vidas em hospitais, pela dependência de serviços médicos que compensem funções vitais em função do uso de equipamentos, ou pela dependência de cuidados permanentes de enfermagem para evitar a morte ou deficiências futuras. Podem fazer uso da ventilação mecânica, traqueostomia, terapia de oxigênio, terapia intravenosa e hemodiálise. Observa-se maior risco de ocorrência de abusos em casa – como no caso dos deficientes físicos –, embora situações de maus-tratos também possam ser observadas na equipe hospitalar pela repetição de condutas e procedimentos médicos e pela falta de humanização de algumas práticas cotidianas do ambiente hospitalar, a chamada violência institucional.

A dificuldade que algumas pessoas com deficiência têm para informar sobre o ocorrido pode prejudicar a identificação do problema, reduzindo as chances de uma intervenção adequada que levasse à interrupção ou à prevenção da violência.

Cuidados específicos na área da deficiência

Segundo a Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002), os cuidados específicos na área da deficiência são:

- A questão da mulher deficiente, que sofre múltipla discriminação.

- A necessidade de apoio a famílias com crianças e portadores de deficiência profunda para favorecer a maior integração possível.
- Igualdade de acesso e participação a programas que desenvolvam autonomia.
- A garantia de acesso a serviços regulares de saúde, de educação, de formação e sociais, e a um conjunto de oportunidades disponíveis para as pessoas não-deficientes, atendendo às necessidades dos diferentes grupos de deficiência.
- O acesso ao emprego no mercado regular de trabalho, mobilizando parceiros sociais e autoridades públicas.
- O reforço da capacidade de organização das pessoas com deficiência, favorecendo o diálogo, sua cooperação e participação direta em todos os níveis de adoção de medidas, supervisão e avaliação das ações.
- Estratégias de prevenção dos maus-tratos contra portadores de deficiência.
- Alterar o modo como a cultura e a sociedade vêem as pessoas com deficiência.
- Favorecer o contato entre crianças, adolescentes e jovens com e sem deficiência.
- Desenvolver habilidades e competências pessoais dos portadores de deficiência em estabelecimentos capazes de auxiliá-los de acordo com suas necessidades.
- Desenvolver uma perspectiva ecossistêmica para intervir nas situações de risco, considerando todas as dimensões envolvidas, do indivíduo à esfera microssocial.
- Oferecer à criança e ao adolescente em risco de violência, e à sua família, serviços adequados para o cuidado diversificado do leque de necessidades existentes.
- Capacitar os profissionais e os serviços para o diagnóstico e acompanhamento das situações-problema e para a construção de estratégias de cuidado do portador e da família.
- Criar serviços de visita domiciliar para dar suporte, orientação e ajudar as famílias a encontrar um leque mais amplo de serviços públicos ou privados.
- Construir uma interação em rede entre os vários serviços nas áreas da saúde, habilitação, reabilitação, assistência social, educação, assistência jurídica etc.

Saiba mais:

- O Unicef e o apoio à infância
www.unicef.org/brazil/dir_cri.htm
- Constituição Federal – 15 anos: a dignidade humana
www.dhnet.org.br/direitos/sos/c_a/index.html
- Relatório sobre a situação dos direitos humanos no Brasil
www.cidh.oas.org/countryrep/brazil-port/Cap%201.htm
- Direitos das crianças e dos adolescentes
www.dhnet.org.br/direitos/sos/c_a/index.html
www.dhnet.org.br/direitos/sos/c_a/cartilhas.html
- Estatuto da Criança e do Adolescente
www.presidencia.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8069.htm
- Direitos das pessoas portadoras de deficiência:
www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/pub05.html
www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/pub59.html
- Estatuto das Pessoas com Deficiência:
www.ampid.org.br/artigos.asp

Referências

AMARAL, R.; COELHO, A. C. *Nem santos nem demônios*: considerações sobre a imagem social e a auto-imagem das pessoas ditas "deficientes". Disponível em: <http://www.aguaforte.com/antropologia/deficientes.html>. Acesso em: 05 maio 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. *Assessment of maltreatment of children with disabilities. Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 108, n. 2, p. 508-512, 2001.

AMIRALIAN, M. L. T. et al. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, p.97-103, fev. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. 2 ed. Brasília, 2003. (Série Cadernos de legislação em saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência*. Brasília, 2003.(Série B. Textos básicos da saúde).

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Ementa Constitucional n. 20, de 15 dez. 1998. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 7853, de 24 de outubro de 1989: dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 out. 1989.

CAVALCANTE, F. C. *Pessoas muito especiais*: a construção social do deficiente e a reinvenção da família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COMISSÃO Europeia DE AUTISMO. *Manual de boas práticas para a prevenção da violência e dos abusos em relação às pessoas autistas*. Rio de Janeiro: FPA, 2000.

CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002. Declaração de Madri. Madrid, Espanha: [s.n.], 2002. Disponível em: <http://minerva.pgt.mpt.gov.br/publicações/pub65.html.>. Acesso em: 15 abril 2006.

FERREIRA, L. A. M. A inclusão da pessoa portadora de deficiência e o Ministério Público. *Justiça*, v.63, n.195, p. 110-117, 2001.

FILIPPINI, M. et al. Infância, deficiência & violência. Bologna: AIAS; Lisboa: Fenacerci; Zaragoza: Disminuidos Físicos de Aragon; Thessaloniki: Disability Now, 2004. 24 p. Brochura publicada em cinco línguas diferentes com o apoio da Comissão Europeia no Âmbito do Programa Daphne.

GOLDSON, E. Maltreatment among children with disabilities. *Infants and Young Children*, New York, v. 13, n. 4, p. 44-54, 2001.

GONZALVO, O. G. Maltrato en niños com discapcidades: característica y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatria*, Madrid, v. 56, n. 3, 2002.

GONZALVO, O. G. Qué se pude hacer para prevenir la violência y el maltrato de los niños con discapacidades? *An Pediatr (Barc)*, v. 2, n. 62, p. 153-157, 2005.

IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*: síntese de indicadores 2004. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 24 nov. 2008.

NÉRI, M. (Org.). *Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FEG/IBRECPS, 2003.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J.; ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 87-103, jul./dez. 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração dos direitos do Deficiente Mental*. [Washington]: ONU, 1971. Disponível em: <http://www.ama.org.br/declaração dos direitos dfm.htm>. Acesso em: 24 nov. 2008.

PFEIFFER, L. Portadores de deficiência e de necessidades especiais. In: LIMA, C. A. et al. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 117-133.

SASSAKI, R. K. *Inclusão*: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

SILVA, R. Violência institucional: o difícil diagnóstico de saúde de suas vítimas. In: LIMA, C. A. et al. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 125-133.

THARINGER, D.; HORTON, C. B.; MILLEA, S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse & Neglect*, v. 14, p. 301-312, 1990.

WILLIAMS, L. C. A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão da área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, SP, v. 9, n. 2, p. 141-154, jul./dez. 2003.

13. Trabalhadores de saúde e educação: lidando com violências no cotidiano

Suely Ferreira Deslandes e Renata Pires Pesce

Neste capítulo, abordamos a situação de vulnerabilidade à violência dos trabalhadores que, de formas distintas, podem ser submetidos a violências no trabalho, podem sofrer humilhação, assédio e demais formas de violência psicológica. Não raro, podem ser alvo de agressões. São também, comumente, vítimas das variadas formas de acidentes de trabalho.

Trabalhamos com algumas formas de violência que atingem duas categorias profissionais que – além de estarem muitas vezes expostas a situações de violência nos ambientes e comunidades em que trabalham – também lidam com as variadas formas de violências que a sua clientela sofre.

Numa ampla e complexa dinâmica, profissionais da saúde e da educação podem ao mesmo tempo ser alvo de violências, cuidar ou lidar com as vítimas da violência e, até mesmo, podem ser autores de violências institucionais contra a população que atendem.

Apresentamos situações vividas por esses profissionais, textos para reflexão sobre o caso e indicações de leituras relativas ao tema.

Para ampliar seu conhecimento sobre o tema da violência no processo de trabalho, leia os artigos:

- "A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho", de Luiz Carlos Brant e Carlos Minayo- Gomez (2004).
- "Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social", de Jorge M. H.Machado e Carlos Minayo-Gomez (1994).
- "Saúde, trabalho e processo de subjetivação nas escolas", de Carlos Minayo-Gomez e Maria Elizabeth Barros de Barros (2002).

Trabalhadores da saúde

CASO **UM DIA NO HOSPITAL**

Cena 1

Dona Maria de Lourdes estava descabelada, de chinelo e com o vestido todo amarrotado. Foi o que conseguiu colocar na hora do desespero. Estava cansada e seu nervosismo era tanto que achava que o coração não ia aguentar. Seu Aílton, o marido, estava ao seu lado, mas não falava nada. Apoiava a mão no seu ombro, com o olhar vazio. Ela estava dentro de uma ambulância, segurando com força a hemorragia que saía do peito de seu filho. "Meu Deus, o garoto está branco como folha de papel", ela murmurava.

A ambulância parou na porta do hospital. Dona Lourdes segurou a respiração. Será que aqui vão atender o garoto? Esse já era o segundo hospital em que eles paravam. No outro não havia cirurgião. "Como é que o hospital não tem cirurgião? Não deram nem explicação direito. Isso foi há quase meia hora, será que ele vai resistir?", pensava de forma embaralhada. De repente a porta abriu, e o motorista falou com voz firme: "Vamos ver se aqui atendem".

Cena 2

O plantão estava sempre lotado. Naquele dia estava mais agitado ainda, porque um ônibus havia batido e chegaram, de repente, vinte pessoas para serem atendidas. Seu cansaço estava acumulado, não tinha dormido nada na noite anterior. O calor no saguão da emergência era insuportável, pois todo o sistema de ventilação estava quebrado. Pensava com seus botões: "Uma das salas do centro cirúrgico em obras, profissional de férias e até linha de sutura está faltando, isso vai acabar dando complicações". Mas logo lembrava que, afinal, era apenas um residente, então era melhor ficar calado e trabalhar da melhor maneira possível.

Marcos tinha uma leve dor de cabeça e se sentia meio zonzo. "Acho que está na hora de tomar um café bem forte", pensava. Atravessava a entrada lateral e já ia para cantina tomar o tal café quando a ambulância chegou: "Doutor, doutor!".

Cena 3

Marcos suspira e responde: "O que você está trazendo aí?" O motorista, prontamente: "baleado". Marcos estica o pescoço e vê a hemorragia. Imediatamente

pensa no plantão lotado, na única sala de cirurgia que está funcionando para todos aqueles acidentados. Dona Lourdes rapidamente repete a explicação que dera antes: "Foi bala perdida, doutor, estava indo para o curso quando isso aconteceu". Marcos, sem perceber, resmunga: "É... sempre a mesma história, tudo é bala perdida". Balança a cabeça e se vira para dona Lourdes: "Olha, dona, não sei se aqui vai dar para atender não, posso fazer alguma coisa para melhorar a situação do rapaz...". Nem terminou a frase e sentiu o peso do corpo daquele senhor contra o seu. Já no chão, seu Aílton esmurrava a cabeça de Marcos contra o cimento. Em total destempero, seu Aílton gritava: "Vocês vão matar meu filho, eu pago imposto!".

Para refletir

Que tipos de violência você identifica nesse caso?

Quais as violências sofridas e praticadas pelo profissional da saúde?

Quais das condições de trabalho são desfavoráveis ao atendimento do rapaz baleado?

Na sua opinião, como o trabalho daquele serviço de saúde deveria ser organizado para prestar melhor atendimento às vítimas de violência?

Como o trabalho daquele serviço de saúde deveria ser organizado para prestar maior suporte ao profissional?

Profissionais de saúde: a dinâmica e delicada relação entre sofrer violências e praticá-las

Pessoas que foram vítimas de acidentes e violências e precisam de algum cuidado de saúde são uma realidade muito presente no dia a dia dos serviços de saúde já há algum tempo. Todos os tipos de acidentes (de trânsito, de trabalho, domésticos etc.) e de violências (agressões, tentativas de suicídios, violências domésticas contra crianças e adolescentes, violências conjugais, entre outras) fazem centenas de vítimas diárias nas grandes cidades.

Se uma parte dessas pessoas, por medo, vergonha ou falta de recursos, não procura os serviços de saúde, outra parte muito significativa recorre aos serviços públicos, requisitando cuidados médicos, suporte social, acompanhamento psicológico e orientação sobre seus direitos.

Essa demanda é cada vez maior e é tão complexa que exige da área da saúde uma atuação em parceria com outros setores (judiciário, defesa de direitos, educação, segurança pública, entre outros). Mas exige muito também do profissional que atende essas pessoas.

Cuidar de pessoas que foram vítimas de atos violentos – e muitas vezes chegam entre a vida e a morte – não é tarefa fácil. Além dos desafios técnicos – cuidar de alguém que pode chegar em condições muito graves –, os profissionais também vêem seus sentimentos e seus valores morais e éticos afetados. Não raramente a revolta e o sofrimento que esse tipo de atendimento gera no profissional da saúde são bastante intensos.

Com quais recursos esse profissional conta para lidar com tais situações? O profissional, geralmente enfrenta extensa jornada de trabalho, correndo de um serviço para o outro, a fim de complementar sua renda. Sabe-se que médicos e enfermeiras trabalham, em média, em dois ou três lugares.

Além do gasto de energia, enfrentam ainda condições de trabalho que nem sempre são ideais, precisando improvisar para realizar o atendimento. Tentam criar o possível e o impossível em um cenário em que podem até ser responsabilizados por erro médico, má conduta e negligência, quando é o próprio serviço que não lhes dá o apoio necessário para trabalhar adequadamente. Esse quadro configura o que alguns autores que estudam a psicodinâmica do trabalho chamam de "pressão por trabalhar mal"; isto é, o trabalhador sabe o que deve fazer, tem competência para tal, mas não pode realizar bem suas atividades porque não conta com as condições técnicas e relacionais condizentes. Levando-se em conta a rotatividade de profissionais em algumas unidades, o tamanho reduzido das equipes e os arranjos de carga horária, o profissional que está à frente do atendimento se vê diante de uma demanda de atendimentos geralmente grande.

Os serviços que atendem 24 horas (pronto-socorros e emergências, por exemplo) são constantemente procurados por muitas pessoas que acabam preferindo buscar essa porta de entrada por terem dificuldade de acesso nas unidades básicas ou mesmo por acreditarem que lá o atendimento será mais resolutivo. Isso gera um número considerável de atendimentos por dia, fazendo com que a equipe por vezes diminua o tempo da atenção dispensada ao paciente, tentando agilizar a fila. Tal procedimento pode levar a um atendimento impessoal que não favorece

o acolhimento e a escuta dos pacientes, o que é fundamental no caso das vítimas de violências.

Outro motivo de grandes aborrecimentos dos profissionais é a falta de comunicação e articulação dos setores que compõem uma mesma unidade hospitalar. Se o fluxo de entrada dos pacientes é grande e ininterrupto, o de saída é muito mais lento. A "obtenção de vagas" num leito das enfermarias geralmente é apontada pelos profissionais como um problema que gera conflitos.

Na realidade institucional, muitas vezes o profissional também fica insatisfeito porque o gestor nem sempre o escuta, impondo procedimentos e rotinas sem consultá-lo. Muitos se ressentem porque nem sempre a ordem institucional monitora adequadamente os desempenhos dos profissionais, premiando ou punindo indevidamente, não empregando critérios claros, justos e equitativos para avaliar o trabalho realizado nos diferentes setores da unidade. A "falta de esperança de reconhecimento" é outra condição apontada como responsável pelo sofrimento dos profissionais.

Todas essas situações podem levar o profissional a um real desgaste emocional, físico e mental, que prejudica sua saúde, caso perdure por algum tempo. Assim, é possível entender os mecanismos de defesa que muitos profissionais desenvolvem para sofrer menos. Essas defesas vão desde tratar o paciente de forma impessoal até não permitir qualquer envolvimento emocional com as situações apresentadas.

Como num processo de banalização do mal, anestesiando os profissionais diante das condições que os tornam insatisfeitos com seu trabalho, alguns se tornam frios e perdem os laços de empatia com a dor e o sofrimento de seus pacientes. Situações de despersonalização do paciente e até mesmo de extrema rudeza e humilhação muitas vezes são denunciadas por usuários do sistema público de saúde (BRASIL, 2004).

Em contrapartida, a relação com os pacientes também pode constituir uma fonte de conflitos ou mesmo de violência que ameaça os profissionais da saúde. Os usuários, mesmo em situação grave, nem sempre são informados, acolhidos e atendidos com dignidade. Muitos nem sequer conseguem ser atendidos diante da alegação de que falta este ou aquele especialista, que determinado aparelho está quebrado, ou que o centro

cirúrgico não está em condições adequadas. Vão batendo de porta em porta, o que gera inegável sofrimento e ansiedade.

Longas e demoradas filas, profissionais que nem sempre estão acessíveis no setor, falta de informações sobre o estado de saúde do paciente, além de um tratamento frio ou rude levam a um considerável desgaste do paciente e de seus familiares. Não raro, essas pessoas revidam, gritam, xingam, exigem o que lhes é potencialmente seu como direito. Personalizam a raiva que sentem pela situação de descaso na figura deste ou daquele profissional.

A violência contra profissionais dos serviços de emergência é bastante destacada pela literatura. Pesquisas revelam que o profissional que trabalha nesse setor, por exemplo, é alvo de várias formas de violência por parte dos usuários, desde agressão verbal até física. Muitos profissionais chegam a ter medo de ser vítimas de uma "emboscada" nos horários de entrada e saída do serviço, evidenciando que a comunicação institucional com os pacientes se apresenta de forma muito precária.

Pesquisa que resgata o depoimento de profissionais (DESLANDES, 2002) indica os principais motivos de conflitos e mesmo de violências por parte dos pacientes e familiares em relação aos profissionais:

a) **o paciente espera muitas horas pelo atendimento**, às vezes vindo de verdadeira peregrinação de outros serviços;

b) **o familiar quer que seu parente seja atendido prontamente por ser "especial"** – funcionários do próprio hospital, policiais, políticos e mesmo os bandidos da comunidade se destacam neste tipo de exigência;

c) **o paciente acha que o atendimento foi feito com descaso**, depois de ter tido tantas dificuldades para conseguir ser atendido;

d) **familiar em situação de estresse pela iminência de morte de parente ameaça a equipe**.

Muitas vezes estão em linhas de confronto, população e profissionais, mas ambos sofrem e praticam violências. Os usuários sofrem a violência maior de não encontrar amparo à sua dor, de não ter a certeza de poderem ser atendidos, além da violência simbólica de receber um tratamento que pode ser impessoal ou mesmo humilhante. Os profissionais se tornam, com seus corpos e mentes, alvo da revolta daqueles que ousam exigir uma resposta imediata para tanto sofrimento e descaso.

Contudo, não podemos esquecer que nesse jogo de relações o profissional pode deter o poder de vida e morte.

Diante disso, percebe-se que o profissional da saúde também precisa de apoio para atender às vítimas de acidentes e violências. Precisa estar capacitado para atender aos desafios técnicos de salvar e cuidar de pessoas que sofrem o poder destruidor da violência. Necessita também de apoio emocional para trocar experiências e aliviar as angústias que esse tipo de atendimento pode causar e, sobretudo, de suporte institucional por parte da gestão daquela unidade de saúde para fortalecer mecanismos de diálogo e de humanização do atendimento, evitando os embates violentos de que são alvos. Além disso, o atendimento às vítimas precisa estar integrado de forma estrutural, do pré-hospitalar à reabilitação, com um sistema de referências eficaz, evitando as buscas infrutíferas por vagas, as incapacidades e mortes dos pacientes.

Trabalhadores da educação: contextualizando o problema que os educadores vivenciam

CASO *JOANA*

Joana, uma professora da segunda série do ensino fundamental, sentiu falta de seu telefone celular. Na hora do recreio, duas alunas chamaram a professora e disseram que viram Alexandre, um colega de turma, pegando o telefone na bolsa de Joana e colocando-o na mochila.

Quando os alunos retornam à sala de aula, a professora chama o menino e diz para todos ouvirem: "Então quer dizer que agora temos um ladrãozinho na nossa sala. Quero que você pegue agora o meu telefone e devolva na minha mão".

O menino, chorando muito, diz que não pegou o celular. Joana diz para ele devolver, se não falará com a diretora para que seja expulso da escola. Alexandre, ainda chorando muito, devolve o telefone para a professora, que o leva para conversar com a diretora e a orientadora pedagógica da escola. O menino pede desculpas e diz que seu padrasto pediu para ele pegar o telefone da professora emprestado.

A mãe de Alexandre foi chamada na escola e disse que Alexandre é constantemente agredido e ameaçado pelo padrasto, especialmente nos dias em que o homem chega alcoolizado em casa.

CASO *ANA*

Ana dá aula em uma escola particular na parte da manhã e em uma escola pública no turno da tarde. Depois de uma manhã de trabalho, Ana chega à escola e vê que está fechada por ordem do tráfico de drogas da região, situação que permaneceu durante mais três dias.

Na semana seguinte ainda havia poucos alunos em sala de aula. Apenas no decorrer da outra semana a turma voltou a frequentar as aulas novamente. No entanto, a professora percebeu que uma menina, que era assídua e muito boa aluna, não havia retornado. Ana pediu à direção que entrasse em contato com a família para saber o motivo de suas faltas. Descobriram que o pai da menina tinha sido morto em um dos tiroteios que haviam ocorrido no período em que a escola permaneceu fechada.

Quando a menina retornou às aulas, a professora percebeu que ela ainda estava muito triste e que seu rendimento escolar estava caindo.

Para refletir

Que tipos de violência estão presentes nos casos descritos?

Que atitudes os educadores envolvidos e a direção da escola poderiam tomar em relação aos casos?

Que serviços poderiam ser acionados para apoiar os alunos envolvidos ou o que poderia ser feito daqui para a frente?

Como os profissionais da educação absorvem esse cotidiano de trabalho em suas vidas pessoais e como isso interfere nas condições de vida e saúde deles?

Texto para reflexão sobre os casos *Joana* e *Ana*

A escola é um espaço importante para refletir questões que envolvem crianças e jovens, pais e filhos, educadores e educandos, e as relações que se dão na sociedade. Ela é também reconhecida como espaço de defesa de direitos desses cidadãos. O artigo 56 do Estatuto da Criança e do Adolescente refere que os dirigentes das unidades de ensino fundamental estão comprometidos com a denúncia ao Conselho Tutelar quando suspeitados ou confirmados casos de maus-tratos envolvendo seus alunos. É também um espaço de ação para profissionais da saúde, especialmente aqueles envolvidos com a saúde escolar (BRASIL, 2003).

Da mesma forma que a escola tem o papel de socialização, promoção da cidadania, formação de atitudes e opiniões, ela pode ser um espaço de reprodução de desigualdades. Hoje, a vulnerabilidade social e o aumento das dificuldades cotidianas tanto internas à escola (problemas de gestão e as próprias tensões no ambiente escolar) quanto externas (exclusão social, crise e conflito de valores, desemprego), têm resultado em mudanças consideráveis para a instituição escolar.

O que mudou no cenário da violência na escola nos dias atuais?

Primeiro, as formas de violência que acontecem na sociedade parecem mais graves (homicídios, estupros, agressões com armas) e muitas das fontes de tensão na escola estão ligadas ao próprio estado da sociedade e do bairro, que alcança o espaço escolar. Também os ataques e insultos a professores já não são raros e os adolescentes que cometem violência são mais jovens, o que gera preocupação quanto ao seu futuro.

A escola não é mais um lugar protegido, e sim aberto às agressões vindas de fora, fato que leva alunos, professores, diretores e funcionários a se sujeitarem a permanentes ameaças, uma expectativa diante do que pode vir a ocorrer, especialmente em locais com história de violência.

Alunos se sentem incompreendidos e, por outro lado, professores sentem-se ameaçados e desrespeitados, o que torna difícil o diálogo mútuo. As relações, que deveriam ser de confiança, tornam-se cada vez mais distantes, e a relação aluno-professor passa a ser um dos grandes problemas existentes na escola. A consequência direta desse mal-estar é a queda na qualidade do ensino e da aprendizagem.

Estudos no Brasil vêm mostrando que as raízes da violência na escola têm origem no bairro, na família e em condições estruturais como a pobreza e privação. É importante lembrar que hoje, além da escola e da família, outro espaço de socialização vem disputar lugar nesse campo de forças: a rua, onde acontece a violência urbana e onde frequentemente reinam as quadrilhas do crime organizado. Tiroteios cada vez mais comuns nos bairros populares e favelas, uso de armas de fogo dentro da escola e presença de traficantes na comunidade são fatores que afetam tanto o rendimento escolar do aluno – levando-o a afastar-se ou a abandonar a escola –, quanto os professores, que vivem sob tensão e desmotivados diante do quadro de violência. Além disso, aos olhos dos alunos, a possibilidade de trabalho no tráfico ou em outros crimes pode diminuir

a importância da escolarização, que muitas vezes é desacreditada em relação ao seu papel de formar cidadãos competentes para o futuro.

Muita atenção também deve ser dada à questão das práticas de ensino cotidianas, que muitas vezes estão vinculadas a formas de dominação e desigualdade. A escola é também lugar privilegiado de exercício da violência institucional, uma forma de violência simbólica caracterizada por abuso de poder e uso de símbolos de autoridade. Os educadores muitas vezes utilizam práticas de discriminação e marginalização, sendo também agentes da violência na escola. A professora Joana (caso 1), ao estigmatizar Alexandre como "ladrãozinho", na frente da turma, está dando condições para que esse aluno se sinta excluído da sociedade.

Nesse contexto, precisamos perceber que os profissionais da educação podem atuar como vítimas e como agentes de violência na escola.

Segundo Charlot (2002), os sociólogos franceses analisam a violência escolar da seguinte forma: violência na escola, à escola e da escola.

Por "violência na escola" entende-se aquela produzida dentro dos muros escolares, independentemente de sua ligação às atividades das instituições. Porém, há de se indagar por que a escola, antes poupada dessas ações, hoje serve como palco para a violência extramuros.

Já a "violência à escola" tem uma íntima ligação com as atividades e o processo educativo, pois são a instituição e aqueles que a representam os principais alvos desse tipo de violência (depredações, ameaças aos professores, violência física entre pares, bullying). Para melhor análise dos fatores condicionantes a esse tipo de violência, é importante entender a "violência da escola".

A "violência da escola" trata da violência institucional simbólica, que se estabelece por uma relação desigual de poder, mascarada pelo autoritarismo do processo educativo.

Educadores como vítimas da violência

Um dos aspectos da violência sofrida por educadores é a violência estrutural refletida na desvalorização social e no empobrecimento do professor. Merece destaque o fato de que as mudanças e novas demandas no quadro educacional não vêm acompanhadas de políticas educacionais que tornem os educadores capazes de enfrentar os novos desafios da dinâmica escolar.

A má remuneração, as precárias condições de trabalho, a necessidade de jornadas duplas e triplas de trabalho e a ausência de reciclagem na formação pedagógica são fatores que geram baixa auto-estima e desânimo nos professores, que se sentem cada vez mais desrespeitados e despreparados para lidar com os problemas que surgem em sala de aula, especialmente questões relacionadas à violência. Sem eximir a responsabilidade individual dos educadores, acredita-se que todos esses problemas, ao lado do baixo investimento do Estado no setor educacional, mereçam ser considerados obstáculos para uma educação de qualidade.

Professores de escolas que se situam em bairros com história de violência reclamam com frequência de alunos agressivos, desafiadores e que lhes faltam com o respeito. Como a escola pertence àquela comunidade, é comum que haja reflexo da violência perpetrada nas ruas também dentro da escola. Atos de vandalismo e depredações, e alunos portando armas de fogo dentro da escola têm sido uma prática mais comum hoje.

Além dos perigos vivenciados dentro do espaço escolar, os educadores também se sentem violentados pelos conflitos que muitas vezes existem nas redondezas da escola, como, por exemplo, atos criminosos e conflitos entre facções, relacionados ao tráfico de drogas. Outra grande preocupação dos educadores tem sido a violência familiar sofrida pela criança e pelo adolescente; apesar de estar localizada fora dos muros escolares, interfere significativamente no cotidiano escolar. Esse tipo de violência manifesta-se nas formas de agressão física, psicológica e sexual. Cada vez com mais frequência, educadores deparam-se com crianças visivelmente machucadas e/ou perturbadas, situação sempre complicada para os professores e diretores da escola, que muitas vezes não sabem ou têm dificuldades pessoais ou sociais para agir sobre o problema.

Portanto, não é possível desvincular a violência do tripé comunidade-família-escola, pois jovens que vivem violência acentuada, tanto dentro quanto fora de casa, estão mais sujeitos a refletir essas vivências na escola sob a forma de baixo rendimento escolar, agressividade contra colegas e professores, depressão ou outros prejuízos psicológicos.

Da mesma forma que a família e a comunidade podem agravar a violência, também podem atenuá-la. Estudos têm sugerido que os efeitos da violência na comunidade podem ser amenizados quando os jovens pertencem a famílias cujos relacionamentos são mais afetuosos e que lhes oferecem maior apoio e segurança (ASSIS et al., 2006).

Educadores como agentes da violência

A violência simbólica é menos visível e comum no dia a dia da escola. Pode ser observada quando alunos relatam que alguns professores têm dificuldade de dialogar com eles, humilhando-os, ignorando seus problemas ou tratando-os mal. Algumas vezes educadores chegam a agredir verbalmente os alunos com nomes pejorativos.

Infelizmente, educadores podem ser importantes agentes de violência simbólica ou institucional, tipo de violência que exclui, domina e destrói psicologicamente por meio da linguagem ou da própria postura que eles assumem diante dos alunos. Zaluar & Leal (2001) ressaltam que o aluno de classe menos favorecida está frequentemente exposto à violência psicológica, manifestada nos processos de avaliação e nas formas de interação estabelecidas entre diretores, professores, funcionários, alunos e responsáveis.

Portanto, a forma como a escola e os professores têm tratado os alunos pode desencadear problemas de baixa auto-estima que se manifestam na forma de desinteresse, apatia ou atitudes agressivas. A situação é agravada quando esse aluno já sofre frustração, privação e violência fora da escola.

Outra forma de violência cujos educadores podem possibilitar a ocorrência refere-se à banalização da violência na escola, que ocorre quando os educadores e a direção têm dificuldade em definir episódios como empurrar, morder, xingar, gritar, revidar agressões como atos de violência.

A normalização crescente da violência muitas vezes está presente na própria educação que o professor teve e que continua a proporcionar a seus filhos. Além disso, a constância dos acontecimentos violentos favorece a banalização desses atos, que passam a ser menos sensíveis para professores e alunos. Por exemplo, vivenciar a violência frequentemente dentro de casa contribui para que os alunos considerem normais esses atos, que tendem a ser reproduzidos. Isso acontece também com professores, que, por presenciarem regularmente cenas de agressividade e falta de respeito, passam a banalizá-las e legitimá-las como acontecimentos corriqueiros e arraigados na prática educacional. A mídia também pode contribuir para a normalização de atos violentos, na medida em que reproduz essas situações sem uma visão crítica e preventiva.

Referências

ABRAMOVAY, M. *Escola e violência*. Brasília: UNESCO/ UCB, 2002.

AQUINO, J. G. A violência escolar e a crise da autoridade docente. *Cadernos* CEDES, Campinas, SP, v. 19, n. 47, 1998.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência*: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. 2 ed. Brasília, 2003. (Série Cadernos de Legislação em Saúde).

BRASIL. *Política nacional de humanização*. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 05 maio 2006.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, set. 1999.

CHARLOT, B. A violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. *Interface*, Botucatu, SP, v. 4, n. 8, p. 432-443, 2002.

DEJOURS, C. *O trabalho entre sofrimento e prazer*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

GUIMARÃES, A. M. A *dinâmica da violência escolar*: conflito e ambiguidade. Campinas: Autores Associados. 1996.

KRUG, E. G. et. al. *Como proceder?* In: KRUG, E. G. et. al. (Ed.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: OMS, 2002. p. 263-279.

LUCINDA, M. D. A. C.; NASCIMENTO, M.; CANDAU, V. M. *Escola e violência*. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, supl., p. 74-87, 1994.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ; Abrasco, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C.; BARROS, M. E. B. Saúde, trabalho e processo de subjetivação nas escolas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 649-663, 2002.

PITTA, A. *Hospital*: dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

RISTUM, M. *O conceito de violência de professoras do ensino fundamental*. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

ZALUAR, A.; LEAL, M. C. Violência extra e intramuros. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.16, n. 45, p. 145-164, 2001.

14. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção

Maria Cecília de Souza Minayo

Este capítulo trata do fenômeno do suicídio no Brasil e de seus desdobramentos, que implicam tentativas, ideação e comportamento autopunitivo no Brasil. O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de óbito no mundo e é a principal causa de morte violenta: em 2003, 900 mil pessoas se suicidaram e foram 520 mil homicídios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Em termos globais a mortalidade por suicídio aumentou em 60% no mundo nos últimos 45 anos, sendo que as taxas referentes a adolescentes e idosos são as que mais tendem a crescer. Entre os jovens, o suicídio constitui a segunda ou terceira causa de morte em muitos países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; MOSCICKI; CAINE, 2004).

Os índices de suicídio consumados estão distribuídos desigualmente na população mundial e dentro dos países. Segundo a OMS, os índices mais elevados se encontram no Leste Europeu (Lituânia, 51,6/100.000; Rússia, 43,1/100.000; Bielorússia, 41,5/100.000 e Estônia, 37,9/100.000). Os mais baixos estão na América Latina (Brasil, 4,5/100.000; Colômbia, 4,2/100.000 e Paraguai, 4,2/100.000) e em alguns países da Ásia como Tailândia, 5,6/100.000 e Filipinas, 2,1/100.000. Em vários países europeus, nos Estados Unidos, Canadá e no Japão as taxas estão acima de 10,0/100.000 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Como o suicídio é definido

O suicídio é um ato humano de infligir a si próprio o fim da vida. Em toda a variedade de definições existentes sobre o fenômeno, a intenção de morrer é o elemento-chave. No entanto, é muito difícil reconstituir com precisão o pensamento e o desígnio das pessoas que se autoeliminam, mesmo quando elas fazem declarações claras sobre suas intenções antes de morrer. Neste estudo adota-se a categorização utilizada pela Organização Mundial de Saúde (KRUG et al., 2002), descrita a seguir.

Suicídio fatal constitui-se no ato humano de tirar a própria vida.

Tentativa de suicídio diz respeito ao ato de buscar a própria morte, sem que a intenção se consume.

Ideação suicida é um termo sinônimo de pensamento suicida. Pensar em se matar é comum entre os seres humanos quando enfrentam situações difíceis, conflituosas e dolorosas. Mas há vários graus de ideação, e ela é particularmente problemática quando a pessoa imagina que sua vida perdeu o sentido.

Comportamento autopunitivo diz respeito ao procedimento de se infligir danos voluntariamente, como ferir-se de propósito, causar lesão a seu corpo, ficar sem se alimentar, entre outros.

Extensão do problema em nível internacional e em comparação com o Brasil

A seguir detalhamos os tipos de comportamentos suicidas e os fatores de risco mais comuns, apontados na literatura nacional e internacional.

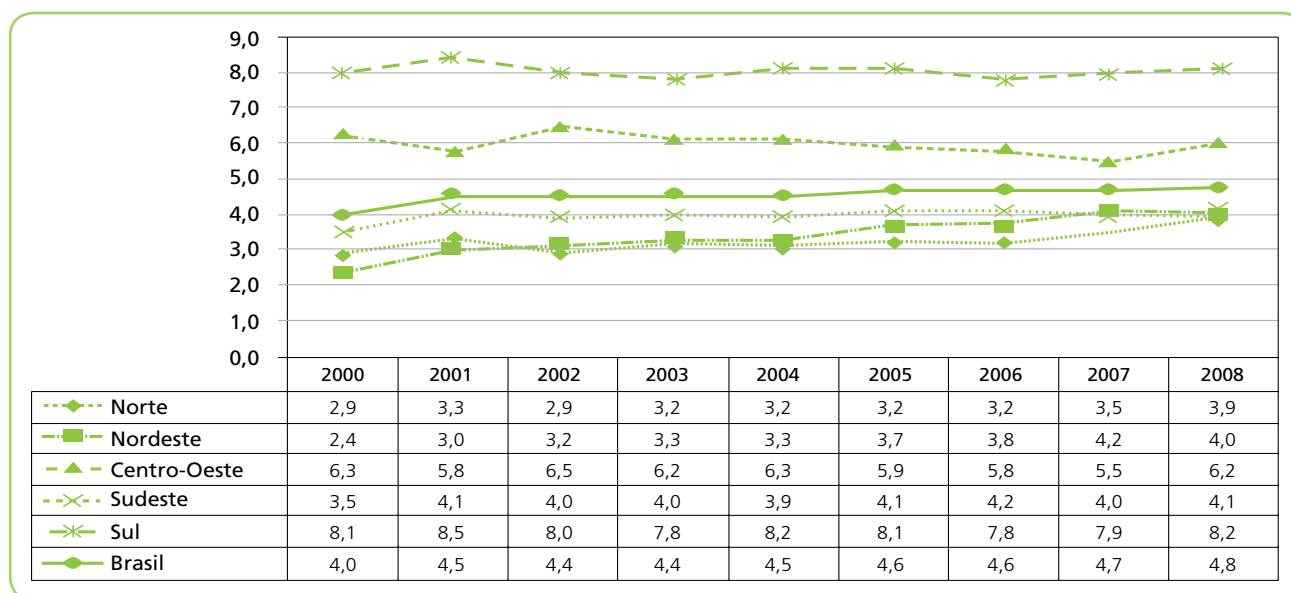
Sobre suicídios consumados

As taxas globais evidenciam dois picos: a faixa de 15 a 35 anos de idade e idosos acima de 75 anos. Os índices globais por idade variam de 0,9/100.000 no grupo de 5 a 14 anos, a 66,9/100.000 entre pessoas com mais de 75 (KRUG et al., 2002). Nos atos consumados, homens prevalecem sobre mulheres numa razão que pode chegar a 10:1, de acordo com

o contexto cultural. Em média, no mundo, a relação é de 3:1. Internacionalmente, os atos fatais entre as mulheres aumentam com a idade e, na América Latina, a maior prevalência é entre adultas jovens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003), enquanto nas idades mais avançadas as taxas permanecem baixas, sobretudo, quando comparadas às relativas aos homens. Quanto à etnia, estudos da OMS (KRUG et al., 2002) mostram que os caucasianos apresentam taxas elevadas e similares em vários países do mundo. No Brasil, além desses grupos, existe um percentual elevado de suicídio entre as populações indígenas.

No Gráfico 1 encontram-se informações por taxas, em geral, e por regiões do Brasil.

Gráfico 1 – Taxas de mortalidade por suicídio*. Brasil e regiões, 2000-2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Norte	2,9	3,3	2,9	3,2	3,2	3,2	3,2	3,5	3,9
Nordeste	2,4	3,0	3,2	3,3	3,3	3,7	3,8	4,2	4,0
Centro-Oeste	6,3	5,8	6,5	6,2	6,3	5,9	5,8	5,5	6,2
Sudeste	3,5	4,1	4,0	4,0	3,9	4,1	4,2	4,0	4,1
Sul	8,1	8,5	8,0	7,8	8,2	8,1	7,8	7,9	8,2
Brasil	4,0	4,5	4,4	4,4	4,5	4,6	4,6	4,7	4,8

(*) Dados de mortalidade extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), utilizando os códigos X60 a X84 da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Taxas por 100.000 habitantes.
Fonte: Datasus (2012).

No período de 2000 a 2008 houve 73.261 óbitos por suicídios no Brasil: 57.937 homens e 15.324 mulheres, o que significa 22 mortes por dia. O Gráfico 1 mostra ligeiro aumento das taxas de suicídios na década estudada, passando de 4/100.000 para 4,8/100.000 habitantes (taxa média anual de 4,5). Observam-se grandes diferenças regionais: o Sul lidera com taxa média anual de 8,0/100.000 mortes no período, seguido pelo Centro-Oeste com 6,0/100.000. No entanto, apenas o Norte e o Nordeste mostram tendência crescente no período, embora partam de taxas médias anuais menores, 3,2/100.000 e 3,4/100.000, respectivamente.

O Sudeste mantém-se pouco abaixo do padrão nacional com taxa média de 4,0/100.000 óbitos/ano.

Entre 2000 e 2008 os homens apresentaram taxas de suicídio quatro vezes mais elevadas que as mulheres (taxa média anual masculina de 7,2 e de 1,8 óbitos femininos por 100.000), o que corresponde à perspectiva internacional, que é em média 3:1. As ocorrências de suicídio por sexo são heterogêneas no país: no Norte, Nordeste e Centro-Oeste ocorre menor sobremortalidade masculina (3,6 homens para cada mulher) do que se observa no Sudeste (4,0) e no Sul (4,4). Ressaltam-se as elevadas taxas de suicídios de homens no Sul (13,2/100.00 ha) e no Centro-Oeste (10,0/100.000) no ano de 2008.

Observando-se por grupos etários, morreram por suicídio 43 crianças de 0–9 anos entre 2000 e 2008, o que corresponde a 0,1% do total de mortes por essa causa. As taxas são baixas, mas a dimensão social subjacente à busca pela morte nesta fase da vida é impactante mesmo quando se trata de um evento único. No mesmo período suicidaram-se 6.574 adolescentes de 10–19 anos. Entre eles, a taxa média foi 2,0/100.000, 9% do total de todos os suicídios que ocorrem no país.

Nota-se, no mesmo intervalo de tempo, uma elevação abrupta da taxa média dos adolescentes para a dos adultos jovens (taxas de 6,0/100.000 entre pessoas de 20–29 anos) e a dos adultos com mais idade (6,8/100.000 entre 30–59 anos). O impacto dessa mortalidade se eleva com o aumento da idade: 24% do total de mortes por suicídio ocorreram entre adultos jovens e 52,6% entre pessoas de 30–59 anos. Já entre idosos, houve 10.434 óbitos no período analisado. As taxas oscilam em torno de 7,0/100.000. Os idosos possuem as mais elevadas taxas de mortalidade por suicídio, comparando-se às outras faixas etárias, e são responsáveis por 14,3% do total de óbitos. É importante salientar que são os homens idosos os que mais falecem por suicídio. Entre as mulheres acima de 60 anos, as taxas são baixas e não crescem com a idade.

Para refletir

Como você analisa a questão do suicídio entre crianças? E nas demais faixas etárias?

A distribuição dos suicídios ocorridos em 2008 difere segundo o porte do município, concentrando-se especialmente nos de menor número de

habitantes. Nas cidades acima de um milhão de habitantes as taxas correspondem a 3,6/100.000, elevando-se para 4,2/100.000 nas que têm de 100 a 999 mil habitantes e para 5,7 nas acima de 100.000 moradores. Em todas as faixas etárias observa-se relação inversa entre as taxas de suicídio e o porte dos municípios: crescem as taxas à medida que se reduz o porte.

Uma característica relevante, no mesmo sentido, é a distribuição proporcional dos eventos pelos municípios brasileiros. Em 2008, dos 2.662 em que houve suicídio, 90,2% (2.401) tinham menos de 100 mil habitantes e foram responsáveis por 54,7% dos atos fatais; 9,3% (247) possuíam de 100.000 a 999 mil moradores e responderam por 29,6% das mortes autoprovocadas. Apenas 0,5% dos que notificaram suicídios tinham mais de um milhão de habitantes e esses casos corresponderam a 15,7% do total. É possível que a explicação para o padrão de distribuição mais elevado para municípios menores seja a maior capacidade de reconhecimento dos suicídios em ambientes comunitários, onde as pessoas se reconhecem. Mas também é plausível a hipótese de maior resolutividade e maior presença dos serviços de saúde nos grandes centros, ajudando a diminuir a letalidade das tentativas.

Para refletir

No seu município, como ocorrem as notificações de suicídio? O que os dados revelam sobre o grupo etário? E sobre sexo? No seu município, qual a proporção de mortes por suicídio, em relação a outras mortes provocadas por atos violentos? Você saberia dizer qual o grupo mais atingido, considerando sexo e idade?

No que se refere à cor da pele, das pessoas que se suicidaram no ano de 2008 foram encontradas as seguintes proporções: 55% registradas como brancas; 38% pardas; 5,5% pretas; 1,1%, indígenas; e 0,4%, amarelas. A população indígena, no entanto, é a que tem risco mais elevado (18,3/100.000), e se concentra nas regiões Norte e Centro-Oeste. Já na Região Sul, os brancos são o grupo mais vulnerável, (taxa de 8,3/100.000), enquanto no país eles têm a taxa de 5,2/100.000.

Quanto aos meios usados para perpetrar o suicídio, no Brasil em 2008 destacaram-se os enforcamentos, estrangulamentos e sufocações, tanto para os homens (59,2%), cuja proporção é maior nos municípios de pequeno porte. Em sequência, destacam-se as intoxicações por outras

substâncias que não analgésicos, antipiréticos e outros (12,2%), os decorrentes do uso de armas de fogo (12%) e as precipitações de altura (3,6%). No entanto, esse último meio chega a 11,8% nos municípios acima de um milhão de habitantes.

Tentativas de suicídio

Tanto em relação ao tamanho da população como em números absolutos, as tentativas de suicídio são mais frequentes entre jovens. No entanto, entre idosos existe uma relação mais próxima das tentativas com os atos consumados, o que pode chegar a 2:1. Segundo a OMS (KRUG et al., 2002) existem evidências de que apenas 25% das pessoas que tentam se matar entram em contato com hospitais e os que neles chegam são os casos mais graves. Pesquisa realizada na cidade de Campinas, São Paulo (BOTEGA et al., 2005a), mostrou que, de cada três tentativas, apenas uma chegou aos serviços de saúde, confirmando o que vem sendo apontado pela literatura.

Internacionalmente, e diferentemente dos suicídios consumados, as taxas de tentativas são mais elevadas entre mulheres. No entanto isso não se reflete nos dados brasileiros, em que os homens são maioria nas internações hospitalares por essa causa. Estudos a partir do Sistema Viva (BRASIL, 2009), que notifica dados de atendimento em Hospitais de Urgência e Emergência, porém, mostram a presença maior de mulheres entre as pessoas que tentaram e acorrem a esses serviços. Essa discrepância sugere que elas utilizam meios menos letais e que muitas delas são dispensadas logo após a assistência emergencial, não necessitando de internação hospitalar.

De 2000 a 2009 ocorreram 99.344 tentativas de suicídio que chegaram à internação hospitalar em todo o Brasil (61% dos hospitalizados eram homens). Por dia foram internadas 27 pessoas por essa causa no sistema público, numa relação de 1,6 homem para cada mulher. A taxa média anual de internação foi de 6,8/100.000 para homens e 4,2/100.000 para mulheres.

Foram 5.700 internações de crianças de 0 a 9 anos por tentativas de suicídio, de 2000 a 2009. Isso corresponde a 5,7% das hospitalizações por essa causa. Entre adolescentes, as tentativas alcançaram 15.031, no mesmo período, o que representa 15,1% de todos os grupos etários. Na faixa de 20–29 anos houve 24.163 internações, ou 24,3% das hospi-

talizações por essa causa; e na faixa dos 30–59 anos hospitalizaram-se 47.170 pessoas (47,5%). Observa-se similaridade nos índices de suicídio entre adultos jovens e mais velhos: taxa média próxima a 7,5/100.000 e em queda no período. Finalmente, foram 7.281 internações de idosos, sendo responsáveis por 7,3% de todas as internações por tentativas de suicídios.

A Região Norte tem as maiores proporções de internação masculina: 2,5 homens para cada mulher, assim como as maiores taxas médias masculinas no período: 11,9/100.000. A seguir vem o Sudeste (8,4/100.000). Esse percentual mais elevado de internação de homens que tentam suicídio difere do padrão internacional segundo o qual homens se matam mais e mulheres tentam mais (KRUG et al., 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Numericamente, a Região Sudeste responde por mais da metade das tentativas de suicídio, seguida pelas regiões Nordeste e Sul, mostrando padrão semelhante ao das mortes por essa causa, o que pode estar sendo determinado pela diferenciada oferta regional de serviços de saúde.

Os municípios de pequeno e grande porte populacional predominam entre os que têm maiores taxas de internação por tentativa de suicídio, considerando-se todas as faixas etárias (5,6/100.000 e 5,1/100.000, respectivamente), e os de médio porte apresentam taxas menores (3,0/100.000). Esse mesmo padrão se repete nas internações de adolescentes e adultos. Crianças e idosos tendem a apresentar taxas mais elevadas de internação, à medida que diminui o porte populacional.

A descrição da cor da pele dos pacientes que tentaram suicídios e foram hospitalizados foi relatada para duas em cada três internações, o que permite observar a predominância de pessoas com pele parda (47,5%) e branca (45,9%), vindo a seguir os de pele preta (5,3%). Apenas 0,9% disse ter pele amarela e 0,4% era indígena. No entanto, os indios (4,7/100 mil habitantes) e os de cor amarela (4,6/100.000) são os que possuem as mais elevadas taxas de internação por tentativas de suicídio.

Para refletir

No seu município, você sabe quantas tentativas de suicídio foram atendidas pelo serviço de saúde? Quais os grupos mais vulneráveis? Converse com alguns profissionais de saúde sobre os cuidados necessários ao atendimento desses pacientes.

Em 2009, nas internações segundo o meio utilizado predominaram as autointoxicações (86,5%): entre as mulheres sobressai a ingestão de analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos não opiáceos e, entre os homens, outras substâncias, objetos cortantes e armas de fogo. Em termos proporcionais a letalidade dos que se internaram por tentativas foi bastante alta em 2009: 24,1%.

O Sistema Viva, que está presente em hospitais de referência em Urgência e Emergência em todo o país, mostrou 421 atendimentos de emergência por tentativas de suicídio em 2006 e 516 em 2007, envolvendo serviços de 36 municípios e do Distrito Federal em 24 unidades da Federação (BRASIL, 2009). O perfil encontrado diferiu um pouco do observado na mortalidade e na internação hospitalar notificadas nas bases do Datasus: maior presença de mulheres, adolescentes e adultos jovens com cor de pele parda ou negra. Cerca de 7% a 11% dos que acorreram às emergências por essa causa têm algum tipo de deficiência. A suspeita de abuso de álcool foi constatada em 25% das pessoas atendidas. Mais de 80% das tentativas ocorreram nas residências e 60% dos casos se deveram a intoxicações. Apenas 2% dos que tentaram suicídio e foram atendidos nos serviços de emergência chegaram a óbito.

Ideação suicida

A ideação suicida é mais frequente entre adolescentes, população idosa e determinados grupos profissionais, como médicos, policiais e agricultores (MELHEIROS, 1998; NOGUEIRA, 2009). Estudo (WEISSMAN et al.,1999) que revisou inquéritos epidemiológicos realizados em vários países utilizando um mesmo método de aferição de ideação suicida encontrou prevalências que variaram de 2,1% em Beirute, no Líbano, a 18,5%, em Christchurch, Nova Zelândia. Pesquisa sobre pensamentos suicidas na cidade de Campinas/SP (BOTEGA; BRASIL; JORGE, 2005) apontou prevalência de 17,1% para ideação, mais frequente entre mulheres, adultos jovens e jovens.

Sabe-se que os fatores associados à ideação são similares aos apresentados para os suicídios e as tentativas. No entanto, no Brasil pouco se sabe sobre o fenômeno entre os vários grupos etários. Sobre crianças e adolescentes as informações provêm de pesquisas localizadas. Estudo longitudinal que vem acompanhando 500 crianças a partir dos 6 anos de idade na cidade de São Gonçalo/RJ mostra que 3,2% referiram já terem tentado se suicidar (ASSIS et al., 2010).

No mesmo sentido, pesquisa com 730 adolescentes com idades entre 13 e 19 anos, das cidades de Porto Alegre/RS e Erechim/RS, encontrou mais elevada proporção de ideação. Do total, 253 (34,7%) apresentaram ideação suicida, sendo 176 (69,6%) do sexo feminino. O estudo também constatou que existe associação significativa entre depressão e a presença de ideação suicida (BORGES; WERLANG, 2006). Pesquisa em escolas públicas e privadas de dez capitais brasileiras com 1.686 adolescentes constatou que 29,7% deles já haviam tido ideação suicida. Desses, 43,9% apresentavam baixa autoestima (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011, 2011).

Estudo recente, de base populacional, realizado no Brasil, mostrou prevalência de 17,1% para ideação suicida ao longo da vida e 5,3% para ideação no último ano (BOTEGA; BRASIL; JORGE, 2005). Em uma pesquisa sobre policiais civis e militares do Estado do Rio de Janeiro encontrou-se que, respectivamente, 3% e 5% deles já pensaram em dar cabo à vida (MINAYO et al.,2012). Os vários estudos mostram a elevada presença de sintomas depressivos que alteram a percepção das relações sociais, e vice-versa.

Quanto aos idosos brasileiros, em um grupo de familiares de pessoas que se mataram e foram entrevistados por meio de autópsia psicossocial, todos revelaram que seus entes queridos manifestavam reiterados pensamentos suicidas antes de cometerem o ato fatal. Havia por parte deles uma relação forte entre ideação e depressão e ideação e dependências múltiplas, doenças terminais e uso de drogas psicotrópicas. Os idosos se referiam a “pensamentos de morte”, “desejos de morrer”, “cansaço de viver”, “falta de sentido da vida” e “tristeza com o rumo atual da própria existência” (MINAYO et al., 2012).

A autopunição quando ocorre constitui um sério problema para a família e para a pessoa, e exige cuidados que têm custos elevados. Tal conduta é mais frequente na juventude (HERPERTZ, 1995) e entre pessoas com baixa capacidade intelectual, que sofrem de autismo, têm dificuldades de comunicação, têm déficit de atenção, são hiperativas, apresentam desordem na organização do pensamento e problemas visuais. Sua prevalência é de 1,7% a 23,7%, em estudos realizados em comunidades (COOPER et al., 2009).

Para cada óbito por suicídio, cinco ou seis pessoas, em média, são afetadas do ponto de vista emocional, social e econômico. Além dos efeitos negativos que um evento suicida gera para a comunidade e para a sociedade, seu impacto psicológico é intenso mesmo para os que não têm ligação direta com a pessoa que morreu. Do ponto de vista dos custos econômicos, milhões de dólares são gastos – aproximadamente o equivalente a 1,8% do dispêndio total com doenças no mundo ou ao custo operacional de uma guerra – com consequências do suicídio consumado, das tentativas e ideações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Fatores de risco

Sabe-se que nenhum fator de risco para suicídio, tentativas e ideações é explicativo por si só. O comportamento suicida está associado a várias causas que interagem entre si. Eis aqui dois casos que figuram quão complexos são os casos e quão difícil é explicá-los.

PARA QUE VIVER SE NÃO SOU MAIS UM HOMEM?

O senhor João foi encontrado enforcado com uma corda amarrada ao teto do quarto, em seu barraco na periferia de Manaus. Ele tinha 72 anos, morava sozinho e todos os dias uma filha que residia perto vinha vê-lo, sobretudo depois que se aposentou e ficou muito parado e quieto dentro de casa. A filha se assustou e chorou muito quando o encontraram inerte e já meio arroxeado, pois tinha grande afeto ao homem que a criou com todas as dificuldades "do mundo!" Ela e o marido tomaram todas as providências para o enterro, pois seus irmãos "estão espalhados por aí afora e vários já morreram".

O senhor João trabalhava de ajudante de pedreiro, formado na lida diária, depois que teve de deixar sua casinha no interior da Amazônia por insistência da mulher e se estabelecer em um barraco muito pobre na periferia de Manaus. Logo que chegaram com os oito filhos todos pequenos, a mulher o abandonou, deixando-o com todas as crianças. O senhor João "teve que se virar na construção civil, que é a funda dos quebrados", disse a filha, fazendo horas extras para a subsistência da família e deixando os filhos maiores tomando conta dos menores. Dos oito, seis eram meninos. Enquanto as meninas foram crescendo, indo à escola e se empregando como domésticas em casa de família para ajudar o pai, os meninos fugiam da escola, enturmavam-se em gangues que cometiam pequenos delitos e não terminaram nem o ensino fundamental. Três deles entraram em quadrilhas de tráfico de drogas e todos esses acabaram assassinados muito jovens.

O senhor João queixava-se muito da falta de uma companheira e tinha muito ressentimento da mulher que o abandonou, atribuindo a ela o fato do "desencaminhamento" dos meninos. Mesmo assim, empenhou-se na criação dos filhos e, para isso, contava com relativo apoio de um casal vizinho. O senhor João sofreu demais com a morte dos três filhos que se envolveram com drogas e tráfico e, segundo sua filha, "pagaram o preço por isso". Logo depois que parou de trabalhar, o senhor João apareceu com um câncer de próstata "e isso o matou", disse a filha, "pois ele suportava tudo, menos ficar impotente". Ele dizia "Para que viver se não sou mais homem?"

Esses fragmentos da história do senhor João mostram vários aspectos que em geral se encontram nas narrativas de suicídio, e nesse caso são relevantes: a migração do campo para a cidade que, em geral, exige muito dos trabalhadores pobres quanto à adaptação a outras atividades e ao estilo de vida; o abandono da mulher, que exigiu dele uma acumulação de funções familiares; o estresse por ter que manter e criar todos os filhos com uma renda que mal dava para sua subsistência, sem tempo e formação para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento; o sentimento de frustração por não ter conseguido manter a família reunida; as mortes violentas dos três filhos; e a reclusão em casa depois da aposentadoria. Por fim, o câncer de próstata o tornou sexualmente impotente. O padrão patriarcal que marcou e ainda marca os homens brasileiros foi a gota d'água para o desfecho final.

Eis uma história de tentativa de suicídio.

SEM ELE EU PREFIRO MORRER!

Raquel tem apenas 15 anos. E acaba de dar entrada no hospital universitário de sua cidade, quase à morte, depois de ter ingerido uma grande porção de "chumbinho". O chumbinho é um veneno utilizado para matar ratos (geralmente carbamatos e organofosforados), com alto grau de toxicidade. Costuma ser utilizado por muitos que tentam suicídio, sobretudo por jovens.

O motivo que Raquel apresentou aos que cuidaram dela e buscaram reverter a gravidade de seu estado de saúde é que queria se matar pois estava grávida de um namorado com quem mantinha relações sem o conhecimento e o consentimento da mãe. Esse, ao saber da gravidez, a abandonara. Ela resumia assim seu estado de emocional: "Sem ele eu prefiro morrer!"

A mãe de Raquel é secretária, separada do marido, luta com muitas dificuldades para cuidar da filha, dar-lhe os estudos e promover seu futuro. A mãe sempre comenta que Raquel é o único bem que possui. Além desse amor bastante possessivo, a mãe tem princípios muito rígidos e tenta manter a filha "sob rédea curta", vigiando-a sempre, quase sem sair de casa, buscando afastá-la de todos os perigos.

Augusto, o namorado e colega de escola, um garoto de 16 anos, quando soube da gravidez de Raquel, desapareceu como se nada tivesse a ver com o fato: foge dela na escola e não atende a seu celular. Raquel desesperou-se pelo medo das reações da mãe, mas principalmente porque ficou sozinha para assumir e enfrentar os problemas que teria a partir da gravidez.

No hospital, os médicos e enfermeiras que a atenderam estavam preocupados apenas em desintoxicá-la. Zombavam dela enquanto faziam a lavagem estomacal e lhe diziam: "já que você queria se matar deveria ter usado um meio mais potente para não dar tanto trabalho para nós". Apenas uma enfermeira, depois que Raquel estabilizou seu quadro de saúde, a orientou sobre os riscos que correu e a enviou para um atendimento de apoio psicológico, mantido pelo próprio hospital. Ela também chamou a mãe e conversou com ela, encaminhando-a para que fosse ajudada a enfrentar a situação e a proteger e não abandonar a filha.

O caso de Raquel é bastante comum entre jovens: insegurança, paixão avassaladora de adolescente e não correspondida pelo namorado, medo de assumir a gravidez, medo dos pais. Mas além desses elementos próximos que precederam à tentativa de suicídio, existem ainda outros fatores que pesam sobre o caso: Raquel foi criada sem pai. E a mãe, com medo de não ser competente em sua função, crê que ao fechá-la em casa evita qualquer mal que lhe possa acontecer. Ao invés de conversar com ela, orientá-la e dar-lhe apoio para enfrentar as dificuldades que qualquer adolescente tem nessa etapa da vida, reprime-a e a prende a si como se pudesse salvá-la de todos os males.

Da mesma forma como ocorreu nesse caso, costuma ser comum uma reação negativa de médicos e outros profissionais que atendem jovens que tentam suicídio, apenas repreendendo-os, zombando deles ou dando por terminado seu trabalho quando estabilizam seu quadro de saúde. Em geral, a maioria da equipe de saúde não se atenta para os vários fatores que interferem na decisão de um jovem que tenta suicídio.

Mesmo buscando compreender a complexidade da história particular dos casos narrados acima ou de qualquer pessoa que se mata ou tenta fazê-lo, pode-se afirmar que nunca se sabe completamente todos os motivos que levam as pessoas a tal decisão. Apesar disso, estudos nacionais e internacionais apontam alguns fatores mais comuns e incluem problemas biológicos e médicos, ambientais, psiquiátricos e psicológicos, filosófico-existenciais e motivações sociais, descritos resumidamente a seguir.

Doenças e transtornos mentais

Numa revisão sistemática de 31 artigos publicados entre 1959 a 2001, Bertolote et al. (2002) encontraram 97% dos casos de suicídio associados a transtorno mental. Os distúrbios psiquiátricos e psicológicos mais comuns são: depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar; esquizofrenia; ansiedade e transtornos de personalidade; alcoolismo; desesperança e solidão; e comorbidades (NEVES; DALGALARRONDO, 2007; ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA; COUTINHO, 2001; ABREU et al., 2010). Doenças depressivas em sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica constituem o mais relevante fator de risco (PORSTEINSSON et al., 1997; ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA; COUTINHO, 2001).

Uso de medicamentos, drogas, álcool e intoxicações

Estados de intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool constituem fatores predisponentes frequentes para o suicídio, com agravantes para pessoas com depressão. De todos esses elementos, o álcool é o mais significativo, sobretudo se associado à depressão. Medicamentos anticonvulsivantes também podem estar associados ao suicídio e às tentativas. Sua indicação de largo espectro para pacientes com ou sem comorbidades psiquiátricas leva à necessidade de cuidados com a sua segurança (BEESTON, 2006; DUBERSTEIN et al., 2004).

Em 2008 a Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2010) publicou uma metanálise incluindo dados de 199 estudos sobre administração controlada de placebos e 11 anticonvulsivantes: pacientes que usavam anticonvulsivantes apresentaram risco duas vezes maior para ideação e comportamento suicida, comparados com os que receberam placebo, levando a alertas da FDA quanto à sua administração.

Fatores médicos e biológicos

Algumas pesquisas mostram traços genéticos que predispõem pessoas de uma mesma família a comportamento suicida. Pesquisas sobre a base biológica do fenômeno revelam níveis alterados de metabólitos de seratonina no fluido neuroespinhal de pessoas que cometeram suicídio (MANN et al.,, 2005). Mas estudos recentes da OMS consideram que o comportamento suicida pode ser um transtorno psiquiátrico herdado (KRUG et al., 2002), mais do que uma predisposição genética. Suicídio pode ser também uma resposta do sujeito ao padecimento de doenças graves, dolorosas e incapacitantes.

Fatores microssociais

Dentre esses, os mais importantes são alguns acontecimentos que afetam a vida emocional: perdas pessoais, conflitos interpessoais, relacionamentos interrompidos ou perturbados, problemas legais ou no trabalho. Entre os jovens, autores apontam as dificuldades de relacionamento com pais, brigas com namorados, solidão, ter sofrido abusos físicos e sexuais e problemas com a orientação sexual. Também o isolamento social deve ser visto como fator predisponente. Pesquisadores (DUBERSTEIN et al., 2004) encontraram, entre idosos que cometeram suicídios ou tentativas, traços de personalidade hipocondríaca, fechada, tímida ou excessivamente independente. A maioria dos estudiosos mostra que ser casado e ter filhos são fatores de proteção contra o suicídio. No entanto, estudos da OMS (KRUG et al., 2002) ressaltam índices elevados de comportamento suicida entre mulheres casadas, em algumas culturas onde elas são fortemente controladas e contidas.

Fatores sociais

Segundo Durkheim (1992, p. 392) "cada povo tem, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria e da qual depende a importância do tributo que ele paga à morte voluntária" e existe uma necessidade social de cota de sacrifício de alguns em prol da harmonia social. Para esse autor anomia e patologias dos vínculos sociais como crises sociais, culturais e econômicas como desemprego em épocas de recessão, desintegração social e perda de status levam as pessoas a se matarem ou a matar os outros, havendo uma mesma fonte causal para o suicídio e o homicídio. Freud (1989) também se refere à relação entre suicídio e homicídio, afirmando que por trás de cada morte autoinfligida houve

uma ideia anterior de matar o outro. Ambos os fenômenos provêm do mesmo impulso intrapsíquico de destruição (thanatos).

Fatores socioambientais

Krug et al. (2002) divide-os em três categorias:

1. estressores da vida, como é o caso dos problemas interpessoais, separações, rejeições, perdas de entes queridos, problemas financeiros e no trabalho, vergonha por algo socialmente reprovado;

2. facilidade de acesso aos meios usados para perpetrar o ato;

3. efeitos de vizinhança ou dos meios de comunicação. Nesse último caso, a OMS (KRUG et al., 2002) ressalta que quando os meios de comunicação contam uma história de suicídio podem influenciar positiva ou negativamente o público. O sensacionalismo tem um papel importante no efeito contagiante, sobretudo quando morre alguém muito conhecido e o evento é narrado de forma espetacular.

Fatores por faixa etária

É importante assinalar os fatores de risco para cada faixa etária, embora em todas elas alguns sejam os mesmos.

Entre crianças e adolescentes destaca-se a importância de aspectos microssociais e familiares nos casos de tentativas, ideações e atos consumados. Ressaltam-se os casos de medidas disciplinares inconsistentes e rígidas, aplicadas por pais ou responsáveis, seja por crueldade, seja com intuito de educar; perdas como separações e morte dos pais; pobreza de comunicação; isolamento social; convivência com pessoas portadoras de problemas mentais; abuso de álcool e drogas e outras desordens emocionais; histórias familiares anteriores de suicídio ou de automutilações.

Dentre os fatores que protegem as crianças de cometer suicídio estão: a pouca frequência de desordens depressivas sérias e de abuso de substâncias, imaturidade cognitiva para vivenciar desesperança ou formular plano de suicídio, acesso restrito a meios letais e presença de rede de apoio familiar, na comunidade e na escola (MELLO JORGE, 1988; KRUG et al., 2002).

Leia na Página da Organização Mundial de Saúde (www.who.int), o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (World Report on Violence and Health), que apresenta um capítulo específico sobre suicídio (self-directed violence), às páginas 183 a 206. O documento traz um amplo e importante estudo sobre esse fenômeno em todos os seus aspectos.

Para os adolescentes acrescentam-se aos fatores de risco para suicídios, tentativas e ideações comuns com as crianças questões emocionais e relacionais com namorados, entre amigos, problemas de autoestima e no desempenho escolar (SHAFFER; GUTSTEIN, 2002; AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005).

No grupo de adultos, os fatores mais conhecidos são os transtornos mentais, principalmente a depressão associada a histórias de violência física e sexual, de rejeição, de luto; conflitos relacionais e perdas; abuso de álcool e drogas ilegais e algumas legais. São também fatores associados ambiente de trabalho excessivamente exaustivo, de risco, competitivo e exigente; e inalação de agrotóxicos (MELHEIROS, 1998; HERPERTZ, 1995; NOGUEIRA, 2009; COOPER et al., 2009).

Já entre idosos, são reconhecidos os fatores situacionais que provocam depressão, melancolia e tristeza, como uma aposentadoria mal planejada que isole a pessoa de seu meio social; morte do cônjuge, de familiares e amigos; diagnóstico de doença grave; perda das referências, sendo relevante a privação de seu espaço na casa. Há também os fatores sindrômicos descritos como um conjunto de sintomas: transtornos mentais, sendo o mais forte a depressão; sentimentos de culpa, dependência física e isolamento social e emocional (BERTOLOTE et al., 2002; BEESTON, 2006; MITTY; FLORES, 2008; CONWELL; VAN ORDER; CANE, 2011).

Para refletir

Identifique um caso recente de suicídio que tenha ocorrido próximo a você. Reflita sobre os fatores de risco apresentados.

Conclusões e recomendações

Os dados aqui apresentados, corroborando a literatura, evidenciam leve tendência de aumento dos suicídios no Brasil em ambos os sexos, sobretudo no sexo masculino de todas as idades e, particularmente, entre homens idosos.

Em relação às internações por tentativas, observa-se tendência de queda em ambos os sexos, com taxas mais elevadas entre os homens, o que diverge da literatura internacional. No entanto, os dados do Sistema Viva sobre o atendimento nas emergências indicam maior presença feminina. O decréscimo das taxas de internação que não acompanha a tendência de aumento da mortalidade pode ser explicado pelo fato de o principal

meio usado para o suicídio ser mais letal (enforcamento, estrangulamento e sufocação) do que a intoxicação por substâncias comumente usadas pelos que chegam às emergências e se internam nos hospitais. No entanto, a letalidade relativa às pessoas hospitalizadas por essa causa também é alta (24,1%).

Uma informação importante é que dos 5.560 municípios brasileiros, apenas 2.662 registraram suicídios em 2008. Uma característica observada nos dados é que as taxas aumentam na ordem inversa ao tamanho dos municípios. Ou seja, nos que têm menos de 100.000 habitantes encontram-se taxas mais elevadas. As regiões Sul e Centro-Oeste concentram os municípios com as maiores taxas. Na Região Sudeste observa-se diminuição da taxa de suicídio, o que acompanha a tendência de queda de todas as causas externas.

SUGESTÕES DE FILMES QUE ABORDAM O SUICÍDIO

As virgens suicidas. Drama/1999/EUA/Direção: Sofia Coppola.

Sinopse: Durante a década de 1970, o filme enfoca os Lisbon, uma família saudável e próspera que vive num bairro de classe média de Michigan: o senhor Lisbon (James Woods), um professor de matemática, e sua esposa, uma rigorosa religiosa, mãe de cinco atraentes adolescentes, que atraem a atenção dos rapazes da região. Porém, quando Cecília (Hanna R. Hall), de apenas 13 anos, comete suicídio, as relações familiares se decompõem rumo a um crescente isolamento e superproteção das demais filhas, que não podem mais ter qualquer tipo de interação social com rapazes. Mas a proibição apenas atiça ainda mais as garotas a arranjarem meios de burlar as rígidas regras de sua mãe.

Invasões bárbaras. Drama/2002/França e Canadá/Direção: Denys Arcand. Sinopse: À beira da morte e com dificuldades em aceitar seu passado, Rémy (Rémy Girard) busca encontrar a paz. Para tanto recebe a ajuda de Sébastien (Stéphane Rousseau), seu filho, que sempre fora ausente, de sua ex-mulher e de velhos amigos. Todos os argumentos mostram que esse senhor idoso queria morrer e que teria direito a escolher a forma de terminar sua vida.

Embora os suicidas de cor branca e parda predominem proporcionalmente, tanto na mortalidade quanto nas internações são os indígenas que apresentam as taxas mais elevadas.

Estudos da área de saúde pública ressaltam a importância da atenção primária, do reforço dos laços familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos serviços especializados de saúde mental para atendimentos das pessoas mais vulneráveis. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir dos anos 1990, assumiu o compromisso de diminuir o número de suicídios em todo o mundo. Dentre as iniciativas, criou um manual de orientação para profissionais, cuidadores, redes de apoio e familiares, intitulado Estudo de Intervenção sobre Comportamento Suicida em Múltiplos Locais (Supre-Miss) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Para refletir

Você acha que os profissionais de saúde precisam ser mais informados sobre o fenômeno do suicídio e os fatores de risco que estão associados a ele? Você conhece algum caso de tentativa? Sabe como a pessoa foi atendida pelos serviços de saúde? Você conhece algum ato consumado e sabe como a família foi apoiada pelos serviços de saúde?

Leia o documento Supre-Miss em português. O manual é escrito em linguagem muito simples, com orientações para profissionais e médicos da atenção primária. Retire o texto da internet no seguinte endereço http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf.

O Supre-Miss é direcionado aos profissionais envolvidos na prevenção do suicídio e contempla: a dimensão do problema, o enfoque na equipe de atenção primária, a correlação entre transtornos mentais e doenças físicas, fatores sociodemográficos e ambientais e como abordar o problema. Ensina como identificar uma pessoa em risco de suicídio, como interagir, como e quando encaminhá-la, como aproveitar os recursos da comunidade, o que fazer e o que não fazer. Enfatiza a atenção primária, a preparação das equipes locais de saúde e dos cuidadores, o apoio comunitário e o papel das famílias nos momentos de crise, de eventual urgência, no monitoramento e acompanhamento cuidadoso da evolução clínica e da reabilitação psicossocial dos pacientes. O texto é claro: "suicídio pode ser evitado".

O Ministério da Saúde, em 2005, organizou um grupo de trabalho com representantes de governo, universidades e entidades da sociedade civil visando formular estratégias de enfrentamento do problema, tendo como parâmetro a proposta de diminuição do suicídio apresentada pela OMS. Esse grupo auxiliou o Ministério da Saúde na elaboração da Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006a), com ênfase em:

- informação e sensibilização da sociedade;
- capacitação dos profissionais de saúde, assistência social, educação, segurança pública;

- ampliação do acesso da população de maior risco;
- estímulo a estudos e pesquisas;
- aprimoramento da notificação sobre mortalidade e tentativas;
- fomento e apoio a programas de prevenção em nível local e regional com foco na prevenção secundária;
- desenvolvimento de ações de promoção;
- redução do acesso a meios letais e a métodos autodestrutivos;
- controle e uso adequado de agrotóxicos.

A importância de qualificar a rede de saúde e de saúde mental no que se refere ao tema da prevenção do suicídio é ressaltada no documento, sobretudo levando-se em conta estudos brasileiros segundo os quais, na maioria dos casos de tentativas que chegam aos serviços de saúde, os profissionais que os atendem não buscam ou não sabem identificar se houve tentativas e ideações anteriores. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio de uma parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Universidade de Campinas (Unicamp), também elaborou o manual *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental* (BRASIL, 2006b), que apresenta, de forma clara e objetiva, os principais fatores de risco para o suicídio, os de proteção, os sintomas de transtornos mentais mais relacionados (depressão, transtorno do humor bipolar, esquizofrenia) e suas formas de tratamento. Orienta ainda sobre como lidar em situações de risco, formas de encaminhamento, entre outras informações.

Leia as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio que constituem a Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006, e cujo resumo foi aqui colocado. As diretrizes estão disponíveis em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p1876.pdf.

Você encontrará informações importantes sobre como atuar diante de tentativas, ideações e comportamentos suicidas no Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL, 2006b), disponível em portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.fm?idtxt=25076

O Ministério da Saúde também vem apoiando iniciativas da sociedade civil que realizam ações de proteção e prevenção do suicídio, como as desenvolvidas pelo Centro de Valorização da Vida (CVV). O CVV atua desde 1962 oferecendo atenção às pessoas que se encontram em sofrimento por meio do telefone 141. Além disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria publicou, em 2009, um manual sobre o tema dedicado aos profissionais de mídia, Comportamento suicida: conhecer para prevenir (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009).

Todas essas iniciativas, baseadas em pesquisas nacionais e internacionais, mostram que é possível prevenir o suicídio e que há atores-chave que devem se envolver em tal processo.

Referências

ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.

ASSIS, S. G. et al. *Violência comunitária e problemas de saúde mental infantil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. (Relatório final de pesquisa).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Comportamento suicida*: conhecer para prevenir. São Paulo, 2009. Dirigido para profissionais de imprensa.

AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JÚNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 58, n. 5, p. 535-539, 2005.

BEESTON, D. *Older people and suicide*: Centre for Ageing and Mental Health. London: Stanfordshire University, 2006.

BERTOLOTE, J. M. et al. The impact of legislation on mental health policy. In: SARTORIUS, N. et al. (Ed.). *Psychiatry in society*. London: John Wiley & Sons, 2002.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 7, n. 2, p. 195-209, 2006.

BOTEGA, N. J.; BRASIL, M. A. A; JORGE, M. R. Residência em psiquiatria: enquete nacional discorda da posição da Comissão Nacional de Residência Médica. *Revista Brasileiras de Psiquiatria*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 341-348, 2005.

BOTEGA, N. J. et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006*. Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde: Unicamp, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Viva*: vigilância de violências e acidentes, 2006-2007. Brasília, DF, 2009.

CONWELL, Y.; VAN ORDER, K.; CANE, E. D. Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, Philadelphia, v. 34, n. 2, p. 451-468, 2011.

COOPER, A. S. et al. Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, v. 53, n. 3, p. 200–216, 2009.

DUBERSTEIN, P. R. et al. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 34, n. 7, p. 137-144, 2004.

DURKHEIM, E. *O suicídio*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

ESTELLITA-LINS, C. A.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico centrado e urgências. In: ENCONTRO NACIONAL DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS, 1., 2001, São Paulo. *Anais*... São Paulo: PUC, 2001.

FREUD, S. O ego e o id. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, V. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1989. p. 13-83.

HERPERTZ, S. Self-injurious behaviour psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatric Scandinavia*, Denmark, v. 91, n. 1, p. 57-68, Jan. 1995.

JORGE, M. H. P. M. *Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na infância*. 1988. Tese (Livre-Docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

KRUG, E. G. et al. (Ed.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MANN, J. J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.

MELHEIROS, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

MINAYO, M. C. S. (Org.); ASSIS, S. G. (Org.); NJAINE, K. (Org.). *Amor e violência*: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicide in elderly people: a literature review. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.

MITTY, E.; FLORES, S. Suicide em late life. *Geriatric Nursing*, New York, v. 3, n. 29, p. 160-165, 2008.

MOSCICKI, E. K.; CAINE, E. D. Opportunities of life: preventing suicide in elderly patients. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 164, n. 11, p. 1171-1172, 2004.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 237-244, 2007.

NOGUEIRA, G. E. G. *Tentativas de suicídio entre policiais militares*: um estudo em saúde mental e trabalho. 2009. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio*: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The word health report*: shaping the future. Genebra, 2003.

PORSTEINSSON, A. et al. Suicide and alcoholism: distinguishing alcoholic patients with and without comorbid drug abuse. *American Journal on Addictions*, Washington, DC, v. 6, n. 4, p. 57-68, 1997.

SHAFFER, D.; GUTSTEIN, J. Suicide and attempted suicide. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E. *Child and adolescent psychiatry*. London: Blackwell Publishing, 2002. p. 529-554.

UNITED STATES. Food and Drug Administration. *US Departament of Health & Human Services*. Washington, DC, 2010. Disponível em: <http://www.fda.gov/>. Acesso em: 12 ago. 2010.

WEISSMAN, M. M. et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 29, p. 9-17, 1999.

III | A gestão em saúde na prevenção e atenção às situações de violência

Ilustração: Edvaldo Jacinto Correia (2007).

15. Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas

Kathie Njaine

Este capítulo tem o objetivo de discutir a questão da informação sobre acidentes e violência, problematizando seu processo e construção, suas potencialidades, os limites e usos científicos e sociais.

Informação é um conceito que tem sido mundialmente discutido como uma noção fundamental para ampliar o conhecimento e contribuir para a tomada de decisões em diversos setores sociais. Na área da saúde, a importância desse conceito evidencia-se, sobretudo, no momento de identificar pontos prioritários a serem tratados pelas políticas de saúde, no planejamento e na implementação de ações que visem transformar a realidade.

Como pode a informação transformar a realidade do quadro de saúde e doença de uma população? Esse tem sido o ponto forte de debates filosóficos que hoje ocorrem no mundo sobre o poder que é delegado à informação e que podem ser aplicados ao caso da saúde. Filósofos como Pierre Lévy (1999), por exemplo, fazem refletir sobre as imperfeições dos sistemas de informação, quando "as qualidades são reduzidas a quantidades". Lévy fala principalmente dos aspectos individuais que as estatísticas acabam ocultando.

Para essa discussão, podemos pensar sobre as seguintes questões: como são os perfis desses milhares de indivíduos que hoje morrem ou padecem devido a um acidente ou violência? São jovens, são crianças, são adultos ou idosos? São pobres, são trabalhadores, são pessoas fora da lei? São brancos, são negros, são indígenas? Ou esses aspectos não fazem diferença para a informação em saúde?

Se um gestor de saúde necessita basear seu planejamento e suas tomadas de decisão em informações relevantes sobre os indivíduos ou grupos, e elas inexistem ou são de má qualidade, podemos imaginar uma série de problemas que dificultam o exercício da gestão.

É nesse sentido que procuramos fazer essa interlocução, além do sentido ético que diz respeito à vida de cada ser humano, o reconhecimento de sua existência, de sua individualidade, de suas necessidades e do direito à saúde.

Para saber mais sobre o tema, acesse os seguintes sites:

- Da rede interagencial de informações para saúde http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/default.cfm
- Do Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO) e Sistema de Informação da Biblioteca da OMS (WHOLIS) www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=109

Leia também o texto "Qualidade da informação sobre acidentes e violências", de Kathie Njaine e Ana Cristina Reis, no livro *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*, organizado por Edinilsa Ramos de Souza e Maria Cecília de Souza Minayo (2005).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) destaca como um dos seus objetivos o monitoramento e a vigilância epidemiológica dos acidentes e violências. O intuito dessas recomendações é, sobretudo, melhorar a qualidade das informações sobre esses eventos e torná-las capazes de transformar esse quadro de morbimortalidade.

Sistemas de informação em saúde: a importância dos dados

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define um Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de "coleta, processamento, análise e transmissão de informação", necessário para o planejamento, a organização, a operacionalização e a avaliação dos serviços de saúde.

Para saber mais sobre sistemas de informação em saúde, consulte os sites:

- Secretaria Nacional de Segurança Pública www.mj.gov.br/senasp /
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Sistema Único de Assistência Social www.mds.gov.br
- Ministério da Saúde/DATASUS – SIM, SIH www.datasus.gov.br/cgi/sim/
- Sistema Sobre Acidentes e Violências da SVS www.saude.gov.br/svs

De acordo com documento da Organização Pan-Americana da Saúde (CONCHA-EASTMAN; VILLAVECES, 2001), os objetivos de um sistema de vigilância para a área de acidentes e violências são:

a) produzir informações confiáveis e estratégicas;

b) monitorar as transições, a magnitude e a distribuição da morbidade, da mortalidade e os impactos psicológicos;

c) possibilitar a percepção da realidade dos acontecimentos, a identificação de novos riscos e a formulação de possíveis associações causais;

d) identificar padrões ou tipologias da violência;

e) gerar hipóteses sobre a causalidade da violência;

f) servir de fonte confiável para tomada de decisão;

g) estimular a formação de grupos de trabalho.

Constatamos, portanto, a preocupação dos órgãos da área da saúde em garantir que a informação seja um instrumento tanto para as ações de vigilância dos acidentes e violência quanto de pesquisa e políticas públicas.

Principais fontes de dados sobre causas externas

1. **Boletim de Ocorrência Policial** (BO) ou **Ofício da Polícia** – ficha usada nas delegacias de polícia, complementada por outras fontes como Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes (DNIT) ou Polícia Militar. Esse documento baseia-se na observação e descrição do evento e registra o número de feridos e mortos causados por **acidentes ou violências**. No caso de óbito, uma cópia do BO acompanha o corpo ao Instituto Médico Legal (IML) e serve de complementação às informações da **Declaração de Óbito** (DO), no momento do seu preenchimento ou no decorrer das investigações.

2. **Sistemas de resgate** – não existe no país um sistema de informação nacional sobre resgates de vítimas de acidentes e violências. Alguns municípios estão organizando os bancos de dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do Corpo de Bombeiros e do Batalhão de Trânsito. Porém, esses bancos não são integrados.

Nos municípios em que as bases de dados estão informatizadas, a recuperação dessas informações pode ser realizada pelo link direcionado a outros bancos de instituições, como o Corpo de Bombeiros, delegacias de polícia e hospitais que fazem parte desse fluxo.

3. **Informações hospitalares** – as informações sobre acidentes e violências são referentes às internações pagas pelo SUS. O Sistema de Informação Hospitalar/Ministério da Saúde (SIH/MS) é alimentado pelas informações da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e indica que 6% do total de internações em hospitais públicos (próprios ou conveniados ao SUS) devem-se a causas externas. É possível obter informação sobre natureza da lesão, procedimentos e gastos. A partir de 1998, a AIH passou a informar o tipo de causa externa que provocou a lesão. Pesquisadores como Mello Jorge et al.(2003) ressaltam que o prontuário do paciente constitui-se em importante fonte de informações, apesar dos seus limites e dos problemas éticos existentes. Referem, ainda, que os dados dos serviços de emergência (pronto-socorro) não integram esse sistema.

4. **Comunicação de Acidentes de Trabalho** (CAT) – ficha de notificação de acidente de trabalho ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), para obtenção de benefícios. O sistema cobre somente a população trabalhadora formal, excluindo categorias como empregados domésticos sem carteira, trabalhadores informais em geral e aqueles vinculados a outras previdências.

5. Estatísticas de mortalidade – o indicador utilizado na verificação da qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informação de Mortalidade/Ministério da Saúde (SIM/MS) é a proporção de óbitos registrados como "Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada" (códigos Y10 a Y34 da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID10). O Instituto Médico Legal, órgão que por exigência de lei deve atestar todos os óbitos por causas externas no Brasil, após a necropsia, tem papel fundamental na qualificação dos dados por causas externas. Esses eventos são assim classificados porque as autoridades médicas ou legais não dispõem de informações suficientes para caracterizá-los como acidente, lesão auto-infligida ou agressão. Por exemplo: em situações em que o óbito foi provocado por um acidente de trânsito não se especificam dados da vítima (motorista, carona ou pedestre) nem o tipo de veículo envolvido no acidente. Em termos de prevenção, o esclarecimento dessas circunstâncias é crucial para a formulação de políticas.

Refletindo acerca dos avanços na informação sobre acidentes e violências

Algumas iniciativas para auxiliar na melhoria da informação sobre acidentes e violência no país já vêm sendo tomadas desde 1993 pelo Ministério da Saúde. A Portaria SAS/ MS n. 119/1993 (BRASIL, 2003) incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) o registro específico da atenção ao acidentado do trabalho, momento importante dentro do SUS para que se estabelecesse a cultura da defesa dos direitos do trabalhador. Outra importante referência foi a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde, PT/SAS n. 142/1997 (BRASIL, 1997), que determinava e orientava sobre o preenchimento de campos específicos na Autorização de Internação Hospitalar, quando os casos atendidos fossem compatíveis com as causas externas (acidentes ou violências), o que foi considerado um avanço para a época.

Nesse período, houve uma mudança significativa na qualidade da informação em saúde para as causas externas, proporcionando maior visibilidade ao fenômeno da violência no Brasil, com um olhar diferenciado, o que levou o Ministério da Saúde a reconhecer que os acidentes e a violência se configuravam como problemas de saúde pública.

A publicação da Portaria/GM/MS n. 142/1997 (BRASIL, 1997) tem contribuído para o melhor esclarecimento das circunstâncias dos acidentes

e violências, na medida em que exige o registro do diagnóstico secundário (lesão ou ferimento que gerou a necessidade de internação). Seu cumprimento passou a esclarecer melhor 80% das internações por essas causas. No entanto, ainda é frequente em algumas localidades o erro de codificação ou o não-preenchimento do diagnóstico secundário, prejudicando assim a análise do tipo de acidente ou violência que motivou aquela internação. No que diz respeito ao diagnóstico principal, alguns problemas que vêm sendo identificados por estudos evidenciam, ainda, a falta de treinamento e desconhecimento das regras de codificação para as internações por causas violentas.

Com o lançamento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, pela **Portaria MS/GM n. 737/2001** (BRASIL, 2001), houve no Ministério da Saúde um movimento positivo, no sentido da elaboração de portarias, normas e outros documentos técnicos que ampliaram a possibilidade de coleta de dados e de qualificação da informação sobre os acidentes e violências no SUS.

A **Portaria GM/MS n. 1.969/2001** (BRASIL, 2001) estabeleceu um roteiro de preenchimento do registro de causas externas e de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho e, ainda, sobre as responsabilidades técnicas a respeito dos fluxos da informação.

No período de 1998 a 2002, equipes da Secretaria de Assistência à Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por intermédio de um projeto piloto nos Estados do Amapá e Rio Grande do Sul, elaboraram um instrumento informatizado denominado Sistema de Informações em Saúde para Acidentes e Violências (Sisav). Esse sistema ofereceu aos gestores e profissionais subsídios para o planejamento de ações educativas, preventivas e assistenciais na área de acidentes e violências. A iniciativa culminou na publicação da Portaria/**SAS n. 970/2002** (BRASIL, 2002), que aprovou e instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas (Sisav), desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde como um instrumento operacional de registro de causas externas, destinado a subsidiar a realização de estudos e pesquisas voltados para informar o planejamento das ações de prevenção, atenção e recuperação das pessoas em situação de acidentes ou violências. Esse processo foi interrompido em 2003, quando ocorreu a revisão dos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), criada em cooperação pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Ministério da Saúde em 1996 (**Portaria Ministerial n. 2.390/GM, de 11 de dezembro de 1996, atualizada pelas Portarias n. 820/GM, de 25 de junho de 1997, e n. 443/GM, de 26 de abril de 2000**), vem ajudando a promover a adequada disponibilização de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas.

Os objetivos da Ripsa são:

a) criar um conjunto de dados básicos e indicadores consistentes, atualizados e de amplo acesso;

b) articular instituições que contribuem para a geração e análise de dados e indicadores;

c) implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados e informações;

d) promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados;

e) promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública;

f) contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Considerando a magnitude e a gravidade dos eventos violentos no país e a capacidade de preveni-los, o Comitê de Informação para Acidentes e Violência da Ripsa revisou e elaborou, em 2005, indicadores para o monitoramento nos principais grupos afetados, que possam ter comparabilidade nacional e internacional, disponibilidade e facilidade de acesso aos dados. Alguns agravos, como os acidentes de transporte, suicídios, agressões e quedas, foram selecionados para ser monitorados.

Atualmente, iniciativas da Secretaria de Vigilância em Saúde têm procurado, em diversas partes do país, capacitar profissionais responsáveis pelos registros dos dados sobre morbimortalidade por acidentes e violências, para que busquem melhorar a qualidade desses registros, bem como melhorar a implantação das fichas de notificação de acidentes e violências interpessoais.

Muitos estudos têm mostrado que, a partir da base de dados do SIM, é possível conhecer o perfil de mortalidade por causas externas da população em geral. Porém, existem problemas estruturais, funcionais, culturais e regionalmente diferenciados e específicos em relação à qualidade dos dados (BARROS et al., 2001; DRUMOND JUNIOR et al, 1999; GAWRYSZEWSKI, 1995; MATHIAS; SOBOLL, 1998; SIMÕES; REICHENHEIM, 2001).

Autores como Njaine & Reis (2005) verificaram que houve melhoria da qualidade das informações sobre violências e acidentes entre as décadas de 1980 e 1990, em algumas capitais brasileiras. A significativa melhoria da informação sobre mortalidade por causas externas em algumas capitais deveu-se principalmente à iniciativa das Secretarias Municipais de Saúde, de buscar articulação com o setor de segurança pública e capacitar seus profissionais. Muitas das iniciativas para a melhoria da qualidade da informação sobre causas externas foram, contudo, viabilizadas pelo processo de descentralização do SIM.

Comparando o comportamento da mortalidade por causas externas nos períodos 1981-1990 e 1991-2000 no país, Njaine & Reis (2005) verificaram a redução dos eventos cuja intenção é indeterminada, passando de 14,8%, nos anos 1980, para 11,4%, nos anos 1990. Nesse estudo, as autoras constataram ainda que alguns campos da Declaração de Óbito apresentaram grande proporção de informação ignorada, principalmente os que se referem às variáveis "escolaridade", "raça/cor" e "ocupação habitual" tanto para o país quanto para as capitais.

A falta de informações sobre tais aspectos vem prejudicando um conhecimento mais detalhado do perfil das vítimas, apesar de alguns estudos locais, como uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, mostrarem maior vitimização de pessoas negras por homicídios dolosos (SOARES, 1996). Relatório sobre a saúde da população negra (OLIVEIRA, 2002, p. 181) recomenda que o recorte racial/étnico seja contemplado "em todas as ações de atenção às pessoas em situação de violência". O preenchimento das variáveis "sexo" e "idade" tem sido considerado adequado para o desenho do perfil da população mais vitimizada – os jovens do sexo masculino.

Com relação às informações sobre morbidade hospitalar, sabemos que apenas uma parte das consequências de agressões e traumas é computada pelas estatísticas, em função de limitações do SIH-SUS – que não

inclui os muitos casos atendidos nas emergências, pronto-socorros e as internações ocorridas em unidades de saúde não conveniadas ao SUS –, da ausência de denúncias às autoridades públicas e, ainda, do desconhecimento sobre a magnitude das agressões dirigidas às crianças, mulheres e aos idosos.

Entretanto, Njaine & Reis (2005) verificaram uma mudança ocorrida no padrão de informação das internações por lesões e envenenamentos. A partir da publicação da **Portaria n. 142/GM, de 13 de novembro de 1997** (BRASIL, 1997), tornou-se obrigatório o registro da causa externa (diagnóstico secundário) no caso de uma internação por causa violenta. Antes, a proporção de causas externas informadas no Brasil era em torno de 10% e surpreendentemente, a partir de 1998, essa proporção superou os 80%.

A informação é um direito de todos os cidadãos. Portanto, os sistemas de informação também têm um papel social, ajudando na compreensão da magnitude do problema dos acidentes e violência e no compartilhamento de decisões que dizem respeito à população em geral, como medidas de prevenção e de promoção da saúde, e crescimento da cidadania.

Coerente com o novo modelo de assistência à saúde, muitos profissionais da área vêm reforçando a necessidade de trabalhar a informação em nível local. Então, é importante incentivar a realização de análises no próprio município, de forma a auxiliar na tomada de decisões no próprio local.

Referências

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Causa básica da morte por causas externas: Validação dos dados oficiais em Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Panamericana de la Salud Publica*, Washington, v. 9, n. 2, p. 84-93, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. Brasília, 2003.

BRASIL. *Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM n.737, de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

BRASIL. *Promoção da saúde*: Carta de Otawa, 1986. Brasília, 1994.

BRASIL. *Sistema de vigilância e saúde*. Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria SAS/MS n.119, de 09/09/1993: inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS) a atenção ao acidentado do trabalho o código 044-2 (Atendimento específico para acidente do trabalho).

BRASIL. Portaria Federal n.1.969/MS/GM, de 25 de outubro de 2001: dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

BRASIL. Portaria n. 2.390/GM de 11.12.96, atualizada pelas Portarias n. 820/GM, de 25.6.1997, e n. 443/GM, de 26.4.2000.

BRASIL. Portaria n. 820, de 25 de junho de 1997: institui a Rede Integrada de Informações para a Saúde – RIPSA. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 1997.

BRASIL. Portaria n. 970, de 11 de Dezembro de 2002: aprova e institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas/SISAV, desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde.

BRASIL. Portaria SAS/MS n. 142, de 13 de novembro de 1997: sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas.

BRASIL. Portaria n. 119, de 12 de Julho de 1996: altera a forma de cobrança do quantitativo de diárias dos grupos de procedimentos no Hospital-Dia AIDS e Hospital-Dia Psiquiatria. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jul. 2006.

BRASIL. *Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências*. Brasília: MS, 2005.

CONCHA-CASTAMAN, A.; VILLAVECES, A. *Guias para el diseño, implementación y evaluación de sistema de vigilancia epidemiológica de violência y lesiones*. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud, 2001.

DATASUS. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2006.

DRUMOND JÚNIOR, M. et al. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos de intenção indeterminada. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 273-280, 1999.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *Causas externas no município de São Paulo, 1991*. 1995. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

LÉVY, P. *A inteligência coletiva*. São Paulo: Loyola, 1999.

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. M. S. Confiabilidade de diagnóstico nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 526-537, 1998.

MELLO-JORGE, M. H. P.; CASCÃO, A. M.; SILVA, R. C. *Acidentes e violências*: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação. São Paulo: USP, 2003. (Série Divulgação, 10).

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

NJAINE, K.; REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. p. 313-340.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*: Brasil, ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/default2.cfm>. Acesso em: 12 jan. 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos de saúde no Brasil*: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

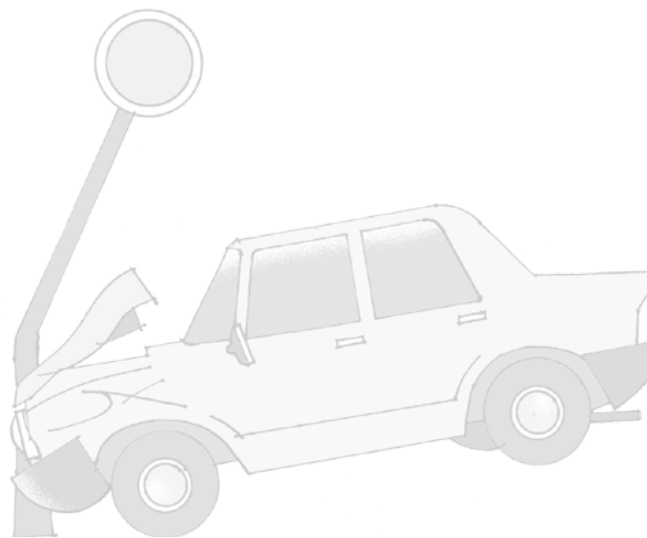
REIS, A .C. et al. Morbidade hospitalar por causas violentas e a qualidade dos dados em 2001. *Boletim do Cenepi/Claves*, n. 10, jun./jul., 2003.

SIMÕES, E. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-531, 2001.

SOARES, L. E. *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

SOUZA, E. R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). *Caminhos do pensamento*: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 255-273.

16. Vigilância de violências e acidentes no Brasil

Alba Lucy Giraldo Figueroa, Cheila Marina, Cynthia Gazal Carvalho, Deborah Carvalho Malta, Márcio Denis Medeiros Mascarenhas, Marta Maria Alves da Silva, Mercia Gomes Oliveira de Carvalho, Naíza Nayla Bandeira de Sá, Rosane Lima Aparecida Monteiro, Sonia Gesteira Malta, Valter Chaves Costa e *Vilma Pinheiro Gawryszewski*

Este capítulo apresenta um panorama do estágio de implantação de sistemas e fichas de notificação para as causas externas de acidentes e violências no Brasil. Ressalta a necessidade de pactuação entre setores e discute a legislação em vigor.

As consequências de acidentes e violências (causas externas) para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas, com a finalidade de subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema e o atendimento às vítimas. Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas acontece por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os que conhecem fidedignamente as dimensões da morbidade hospitalar por essas causas (KRUG et al., 2002).

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte na população em geral e a primeira na população de 1 a 39 anos. Em 2009 dados do Ministério da Saúde (DATASUS, 2009) registraram 138.697 óbitos por causas externas, o que representa 12,6% do total de óbitos. No período de 1980 a 2009 houve um incremento percentual de 35,5% (passou de 9,3%, em 1980, para 12,6%, em 2009) nos óbitos atribuídos a causas externas. Em 2009 o sexo masculino respondeu por 83,1% das mortes, e o feminino, por 16,9%. Entre 1980 e 2009 a composição da mortalidade por causas externas registrou um aumento de 269,8% das mortes por agressões, que passaram de 13.910 para 51.434 e da segunda

Os dados sobre mortes e morbidade por causas externas podem ser acessados na página eletrônica do DATASUS (www.datasus.gov.br), que permite fazer tabulações para as regiões, os estados e os municípios brasileiros.

para a primeira causa de óbito entre as causas externas. No mesmo ano a faixa etária que concentrou mais homicídios foi a de 20 a 39 anos, e desses, 63,2% corresponderam ao sexo masculino e 54,1% ao feminino.

No processo de transição epidemiológica brasileiro, diferentemente de outros países, a inversão do peso das mortes por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) em relação às doenças crônicas não transmissíveis foi acompanhada pelo aumento das causas externas. Enquanto as DIP reduziram de 46%, em 1930, para 4,3%, em 2009; as doenças do aparelho circulatório passaram de 12%, em 1930, para 29%, em 2009; e as causas externas subiram de 3%, em 1930, para 12,6%, em 2009. Enquanto na população em geral as causas externas ocupam a terceira posição, na faixa etária de 1 a 39 anos elas são a primeira causa de morte.

A maioria das vítimas fatais dos acidentes e violências são adolescentes, jovens e adultos jovens, que morrem precocemente, sendo essas causas campeãs de anos potenciais de vida perdidos.

Ainda, segundo o MS, em 2011 (dados preliminares), nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreram 959.571 internações por causas externas, representando aproximadamente 8,6% do total de internações por todas as causas e ocupando o quarto lugar nas hospitalizações (excluindo-se o grupo gravidez, parto e puerpério). Na distribuição das internações por causas externas segundo sexo e idade observou-se que 70,3% eram homens e 29,7% mulheres. As hospitalizações concentraram-se nas faixas etárias de 15 a 39 anos (45% do total) e de 40 a 59 anos (23,%). Segundo o tipo de causa externa, os acidentes corresponderam a 81,7%, enquanto as violências representaram 5,7%. As demais causas externas, excluindo acidentes e violências, representaram: sequelas de causas externas (3%), complicações (4%) e eventos cuja intenção é indeterminada (5%). As agressões foram responsáveis pela maior parte das internações decorrentes de violências (85%), seguidas por lesões autoprovocadas (15%).

Entretanto, apesar dos números alarmantes, ainda desconhecemos a verdadeira magnitude e gravidade desse problema, pois o que se observa é apenas a ponta de um iceberg, que são os casos graves, que foram a óbito ou que geraram hospitalizações. A violência doméstica e sexual, os maus-tratos que vitimam diariamente crianças, adolescentes, mulheres e idosos, como também outras formas de violência, como o trabalho infantil,

o tráfico de seres humanos, a violência no trabalho, a tortura, a violência doméstica e sexual cometida contra homens e mulheres, dentre outras violências, ainda não são dimensionadas em sua magnitude e gravidade.

Portanto, faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre esse problema, inclusive caracterizando melhor o tipo e o local da violência e identificando o perfil da vítima e do(a) autor(a) da agressão. Esse desafio se torna maior em relação às informações sobre violência sexual e doméstica, onde ainda impera a lei do silêncio, o medo, tabus e preconceitos.

Por que vigilância para causas externas

Quando adotamos o termo vigilância pensamos em ultrapassar a simples proposição de estudos e a produção de informações pontuais; na verdade, propomos que o acompanhamento do agravo e a sua prevenção ocupem um lugar de destaque nos esforços da saúde pública.

A vigilância é um instrumento para se compreender um problema de saúde (HOLDER et al., 2001).

Considerando as mudanças no perfil epidemiológico dos agravos, em relação tanto às doenças infecciosas (com o surgimento de novos agentes patogênicos) como às não infecciosas, é necessário rever e ampliar os instrumentos de vigilância, pois o sistema rotineiro pode não ser suficiente (HAMMANN; LAGUARDIA, 2000).

No Brasil, tradicionalmente, a vigilância de violências e acidentes tem sido feita considerando-se os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DATASUS), que, pela sua qualidade, permite o conhecimento fidedigno dos principais tipos de causas externas que determinam mortes. Esses dados são rotineiramente analisados e as informações divulgadas nas publicações do Ministério da Saúde (MS). Também é feito o monitoramento das informações das internações hospitalares por causas externas realizadas no Sistema Único de Saúde (SIH/DATASUS). As bases, de fácil acesso, são disponibilizadas pelo MS.

Buscando conhecer melhor a magnitude desse grave problema de saúde pública, o MS, por meio da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDant) do Departamento de Análise de Situação em Saúde da Secretaria (Dasis) de Vigilância em Saúde (SVS) implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em agosto de 2006. Essa iniciativa envolveu as três esfe-

ras de governo, o Ministério da Saúde e secretarias de Saúde estaduais e municipais (SES e SMS) e tem como objetivo final o desenvolvimento de ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e da cultura de paz.

A identificação de prioridades

Para saber mais sobre vigilância de acidentes e violências, leia:
- *Manual de vigilância das lesões*, uma publicação da Organização Mundial da Saúde, traduzido por Gawryszewski, Vilma P. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004. Disponível em: http://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/man_lesoes.pdf.
- *A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes*, (GAWRYSZEWSKI, 2007).
- *Vigilância de violências e acidentes 2006 e 2007/2008 e 2009*. Disponível em: www.saude.gov.br/svs (acessar publicações).

O estabelecimento de um sistema de vigilância requer a identificação de prioridades. No caso dos acidentes e das violências, foram identificados dois desafios para o sistema de informação:

- Conhecer a dimensão e o perfil desses agravos nas emergências hospitalares, para ter um quadro mais completo do problema, identificando as lesões de menor gravidade, que não determinam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma forte demanda nas emergências, já costumeiramente abarrotadas;
- Captar as agressões que demandam serviços de emergência e ambulatoriais, bem como outros tipos de violência que ainda permanecem silenciados no âmbito da esfera privada, uma vez que continuam desconhecidas a real magnitude e a gravidade da violência sobre a saúde da população brasileira. Isso se agrava quando analisamos a violência sexual, como estupros e tentativas de estupro, a exploração sexual, o turismo sexual, ou quando analisamos a violência doméstica e outras formas de violências interpessoais, como a violência psicológica, da qual o assédio moral é um exemplo.

Fazer vigilância de violências e acidentes implica coletar dados de várias fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); inquéritos; boletins de ocorrência; mídia; dentre outros. Esses dados são objeto de análise, produção e difusão de informações, intervenções, monitoramento e avaliação. Com a necessidade de se ampliar a vigilância de causas externas, implantou-se o sistema Viva, em 2006, inicialmente sob o modelo de vigilância sentinela. O sistema Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela implantado não obedecia exatamente ao mesmo modelo das doenças infecciosas. Atualmente, no país, a maior parte das doenças sob vigilância aciona o sistema quando é identificada a suspeita de um caso, em razão da existência de medidas profiláticas a serem conduzidas para proteger os comunicantes e impedir o surgimento de novos casos.

Para refletir

Quais as principais dificuldades e/ou facilidades observadas no registro de violências e acidentes em seu município?

Destaca-se que a categoria de causas externas compreende um conjunto amplo de agravos, com inúmeras interfaces com outras disciplinas e setores. Desse modo, na implantação do Viva no âmbito do SUS também existem outras secretarias e áreas técnicas no MS que trabalharam com determinado tipo de causa ou com grupos específicos e contribuíram com a construção desse sistema de vigilância, como é o caso, por exemplo, da área técnica que monitora a violência contra a mulher e atua em relação a ela.

Tendo em vista tais necessidades, a Secretaria de Vigilância em Saúde considerou a estratégia de implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), inicialmente em serviços sentinela, como uma opção ágil e viável que apresenta potencial para gerar informações de qualidade.

O sistema Vigilância de Violências e Acidentes em serviços sentinela está apresentado com detalhes nos artigos de Gawryszewski e colaboradores, publicados em 2007 e 2008.

Segundo Waldman (1998), as principais características da vigilância em saúde pública, comuns a qualquer agravo, são:

- ser simples;
- ser contínua;
- ter obrigatoriamente três componentes: a informação; a análise regular da informação, com fundamento no conhecimento científico; e ampla disseminação da informação analisada.

A partir deste ponto abordaremos os passos do sistema de vigilância proposto pelo Ministério da Saúde.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do MS

O Viva possibilita conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar a violência doméstica e sexual, que ainda permanece "oculta" na esfera do privado, principalmente os maus-tratos e as violências (física, sexual, psicológica e negligência/abandono) perpetrados contra mulheres e homens em todos os ciclos de vida. Esse sistema atende aos pressupostos legais de obrigatoriedade de notificação das violências cometidas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

Critérios de seleção dos municípios prioritários para implantação do Viva

Para a seleção dos municípios prioritários, nos quais foi implantado inicialmente, em 2006, o sistema Viva, adotaram-se os seguintes critérios:

- perfil de morbimortalidade por acidentes e violências, considerando o ranking das violências definido com base no SIM/SUS;
- matriz de exploração sexual do Programa de Atividades Integradas Referenciais (Pair), definida pela Secretaria de Direitos Humanos (SDH);
- municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM);
- municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir);
- municípios prioritários definidos pelo Projeto Sentinela, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);
- municípios prioritários de prevenção de violências e exploração sexual definidos pela área técnica de Saúde da Mulher;
- municípios prioritários para prevenção de acidentes de trabalho e municípios sentinela definidos pela área técnica de Saúde do Trabalhador;
- municípios que têm Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde financiado pelo MS;
- municípios com serviço de emergência hospitalar e de referência ao atendimento às vítimas de violência sexual, doméstica e outras violências;
- municípios que participaram do projeto piloto da SVS/MS, que testou a Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras violências interpessoais), publicada no DOU n. 215, de 9 de novembro de 2004;
- municípios que participavam do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito;
- decisão política e capacidade técnica e de gestão.

O processo de implantação em 2006 deu-se por adesão, tendo sido o projeto Viva apresentado para as SES e SMS de capitais e municípios selecionados por ocasião de um seminário que ocorreu em março de 2006.

Marcos legais

A seguir destacam-se alguns marcos referenciais e legais para a estruturação do Viva no SUS e para a implantação da notificação compulsória de violências doméstica e sexual e outras violências:

- Lei n. 8.069, de 13/7/1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Lei n. 10.741, de 1/10/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso;
- Lei n. 10.778, de 24/11/2003, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos e privados. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei n. 5.099 de 03/06/2004;
- Lei n. 12.461, de 26/07/2011, que altera a Lei n. 10.741, de 01/10/2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde;
- Lei n. 12.015, de 07/08/2009, que altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 07/12/1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25/07/1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 01/07/1954, que trata de corrupção de menores;
- Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infantojuvenil, da Secretaria de Direitos Humanos (SDH);
- Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual e/ou Doméstica contra a Mulher, da Secretaria de Politicas para as Mulheres (SPM);
- Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, da Secretaria de Direitos Humanos (SDH);
- Portaria GM/MS n. 737, de 16/05/2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- Portaria MS n. 1.968, de 25/10/2001, que implantou a notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes;
- Portaria GM/MS n. 936, de 19/05/2004, que implantou a Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e criou os núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde;
- Portaria GM/MS n. 777, de 28/04/2004, que implantou a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador;

- Portaria GM/MS n. 2.406, de 05/11/2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher;
- Portaria GM/MS n. 687, de 30/06/2006, que instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Portaria GM/MS n. 1.876, de 14/8/2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio;
- Portaria GM/MS n. 1.356, de 23/06/2006, que repassou recursos financeiros para as secretarias de saúde para a implantação do Viva e a realização do Viva Inquérito;
- Portaria GM/MS n. 1.384, de 12/06/2007, e Portaria n. 1.316, de 24/06/2009, que repassou recursos financeiros para a realização do Viva Inquérito 2007 e 2009, respectivamente;
- Portaria GM/MS n. 2.472, de 31/08/2010, que definiu as terminologias adotadas na legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabeleceu fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições dos profissionais e dos serviços de saúde. Nessa portaria constam todos os agravos e todas as doenças de notificação compulsória no País, incluindo a notificação das violências doméstica, sexual e/ou autoprovocada em serviços sentinela;
- Portaria GM/MS n. 104, de 25/01/2011, que incluiu na relação de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica e sexual e/ou outras violências. Essa portaria universalizou a notificação compulsória de violências no SUS.

Componentes do sistema Viva

Esse sistema faz parte da vigilância de causas externas e é composto por dois componentes:

1. vigilância sentinela, que é a vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares e serviços de referência para violências e que é realizada por meio de inquéritos ou estudos transversais;

2. vigilância contínua, que é a vigilância das violências sexual e doméstica e/ou outras violências interpessoais ou autoprovocadas em serviços de saúde e que é realizada por meio da notificação compulsória de violências

e atende às exigências legais de notificação da violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. A coleta é universal e contínua.

A seguir abordaremos com detalhes cada uma dessas vigilâncias.

Vigilância sentinela

Conceitos

O termo "sentinela" tem sido usado em duas situações. A primeira delas é o evento sentinela, termo adotado por Rutstein et al. (1976) como um dos métodos para vigilância em saúde, constituindo-se como sistema de alerta em relação a situações indesejáveis e possibilitando o monitoramento de serviços e sistemas de saúde. Nesses casos, o evento sentinela pode ser considerado um indicador de qualidade. A ocorrência dos eventos sentinela serve de alerta aos profissionais da saúde a respeito de agravos preveníveis, incapacidades ou óbitos possivelmente associados à má qualidade de serviços ou intervenções.

A segunda aplicação do termo refere-se aos serviços sentinela. Muito difundidos em alguns países da Europa, têm por finalidade obter informações relativas à incidência e a aspectos mais importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde (WALDMAN, 1998).

A grande limitação desse tipo de fonte de informação é não garantir a representatividade e a generalização de dados. Entre as vantagens, está o baixo custo operacional e a possibilidade de aumento da qualidade das informações.

O propósito do estabelecimento da vigilância de acidentes e violências em hospitais e serviços sentinelas é possibilitar o acesso às informações acerca das causas externas ainda pouco conhecidas, de alta prevalência e de impacto na saúde das pessoas.

Para a escolha dessa metodologia foram consideradas as dificuldades inerentes à coleta universal de informações relativas à morbimortalidade decorrentes desses agravos, tais como exigir um grande número de locais de notificação, necessitar da cooperação de considerável número de pessoas, ser significativamente onerosa e requerer um grande esforço de coordenação. Esses limites levaram à opção pela implantação da vigilância sentinela.

Entre as vantagens dessa proposta podem ser citadas:

- **Qualidade da informação** – A adesão dos profissionais da saúde costuma ser um ponto crítico da qualidade dos sistemas de notificação. Por isso, o aprimoramento e a formação das equipes, com o objetivo de reforçar a importância da notificação, devem ser previstos para que tenhamos a resposta esperada. A implantação em um número menor de unidades permite aprofundar a formação e o acompanhamento do sistema, assim como facilita a supervisão regular das equipes responsáveis por essa informação, resultando em maior confiabilidade dos dados.
- **Implantação mais rápida** – Um sistema universal consome muito tempo até que muitos profissionais o conheçam. Os serviços sentinela possibilitam tanto a implantação quanto o conhecimento mais imediato dos resultados.
- **Agilidade no aprimoramento do sistema** – A avaliação é um componente primordial de qualquer sistema de informação. Tratando-se de um sistema novo, ele deve ser avaliado para incorporar as possíveis mudanças que se fizerem necessárias no decorrer do processo, ou mesmo incluir novas variáveis, se for o caso. Um número menor de serviços permite não só a implantação mais rápida, mas também agilidade na análise das informações e na realização de possíveis ajustes.

Entre as desvantagens dessa proposta pode ser citada a dificuldade para a generalização de dados, pois as informações não são representativas do município ou do estado, portanto não há possibilidade de construção de taxas.

Mesmo nos Estados Unidos, que destinam muitos recursos aos sistemas de informações, não é realizada a coleta universal dos dados acerca dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências realizados nas emergências. As informações oficiais divulgadas são uma estimativa nacional realizada a partir de uma amostra representativa de hospitais para o país (BROWSON; REMINGTON; DAVIS, 1993).

Waldman (1998) salienta que atualmente existe uma tendência, principalmente em países desenvolvidos, a usar com maior frequência, mesmo para doenças infecciosas, sistemas de vigilância cujas informações são provenientes de laboratórios e hospitais, em vez da notificação de doenças.

Vigilância sentinela no SUS – Viva Inquérito

No Brasil, a experiência que foi conduzida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), em 2005, em algumas emergências selecionadas mostrou ser possível a realização dessa coleta. A experiência da SES/SP (GAWRYSZEWSKI et al., 2006) concluiu que obter informações em serviços sentinela gera ganhos em termos de informações relevantes, que podem ser utilizadas para a implantação de estratégias de prevenção de violências e de promoção da saúde.

O levantamento foi iniciado em três emergências hospitalares selecionadas por serem referências de atendimento em suas áreas geográficas. Entre os resultados encontrados foram verificadas diferenças em relação às análises provenientes das informações de mortalidade e de internações, tais como a demonstração do grave problema dos acidentes com motociclistas, crianças demandando alta proporção de atendimentos, identificação de problemas ocultos, como a constatação de que a residência é um importante local de ocorrência de lesões. Essa experiência de São Paulo contribuiu com a construção do Viva pelo MS em âmbito nacional, no ano de 2006, em seu componente de vigilância sentinela.

Portanto, no âmbito do SUS, a Vigilância Sentinela é realizada por meio de inquéritos, que são estudos transversais realizados num determinado período pré-definido em serviços de urgência e emergência, denominados de "serviços sentinela", que são definidos pelas SES e SMS e pactuados com o MS (GAWRYSZEWSKI et al., 2006). Esses locais são selecionados mediante critérios previamente instituídos que possam garantir a obtenção de informações. Além de apoiarem a vigilância de acidentes e violências, são mais facilmente coordenáveis. Os serviços sentinela incluem: pronto-socorro, serviços de referência para violências, unidades de pronto atendimento (UPA), maternidades, dentre outros que são porta de entrada para o atendimento de violências e acidentes.

Essa vigilância sentinela, denominada de Viva Inquérito pelo MS (GAWRYSZEWSKI et al., 2006), tem como objetivos específicos: descrever o perfil dos atendimentos por violências e acidentes atendidos em unidades de urgência e emergência sentinela, produzir análises de tendência das violências e dos acidentes e subsidiar políticas públicas de enfrentamento.

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, cujos dados são coletados no período de trinta dias consecutivos. Considerando o volume de

atendimento em algumas emergências, a coleta é por amostra e realizada entre os meses de setembro e novembro.

Foram considerados elegíveis para a realização da pesquisa os municípios que fizeram adesão ao projeto Viva e em conformidade com critérios pré-definidos. Essa pesquisa foi realizada nos anos de 2006, 2007, 2009 e 2011 (BRASIL, 2009) (a partir de 2007, passou a ser realizada de dois em dois anos). O instrumento de coleta de dados é a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviços de Urgência e Emergência. Para a entrada dos dados utilizou-se o software Epi Info Windows, do CDC-Atlanta, adaptando-o (Viva Epi Info).

Critérios de seleção dos serviços sentinela de violências e acidentes

Critérios gerais

- a unidade deve estar localizada em município prioritário, definido pela CGDant/Dasis/SVS, em articulação com secretarias estaduais e municipais de saúde, a partir dos critérios para seleção de municípios prioritários e contemplando condições capazes de potencializar o desempenho desses serviços;
- a unidade deve demonstrar interesse em participar do sistema;
- a unidade deve estar estruturada para desenvolver essa atividade e dotada de equipe mínima, além dos profissionais que prestam assistência.

Critérios específicos

- a unidade deve ser de referência para atendimento às pessoas vítimas de acidentes, contando com setores de urgência/emergência (hospitais, pronto-socorro);
- a unidade deve ter, preferencialmente, núcleo de vigilância epidemiológica já estabelecido, como, por exemplo, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVH);
- a unidade de referência para atenção às pessoas em risco ou situação de violência sexual, doméstica e outras violências interpessoais ou autoprovocadas deve contar com equipe multiprofissional;
- serviços de saúde de referência para atenção às mulheres, crianças e adolescentes e pessoas idosas em situação de violência doméstica, sexual e outras violências;

- esses serviços devem estar articulados com a rede de atenção e proteção social.

Pactuação e construção de parcerias

A construção de parcerias e pactos é elemento essencial para o sucesso de um sistema novo de vigilância. No caso das ações de vigilância e de prevenção de acidentes e violências isso é ainda mais importante, uma vez que a sua implantação geralmente exige cooperação e esforços de pessoas de diferentes instituições e setores. Entendemos parceria como um processo em que um conjunto de organizações, instâncias ou pessoas trabalham juntas para atingir um objetivo comum.

É importante contar com o conhecimento de profissionais de várias áreas, de forma integrada, para desenvolver soluções efetivas e eficientes para problemas específicos relacionados aos acidentes e às violências.

Vários pontos importantes no desenvolvimento e na manutenção das parcerias devem ser levados em conta para assegurar que a aliança seja a base do sucesso da implementação de um ou mais programas (BROWSON; REMINGTON; DAVIS, 1993):

- compromisso da agência mais importante;
- existência de um grupo central de planejamento efetivo;
- recrutamento planejado dos parceiros;
- papéis claramente definidos para os membros da equipe;
- objetivos formalmente estabelecidos e pactuados;
- participação e compromisso dos parceiros;
- implantação bem-sucedida de um projeto piloto.

Para conseguir implantar esse projeto com êxito, o Ministério da Saúde realizou seminários e encontros, para os quais foram convidados os representantes de secretarias municipais e estaduais e de universidades das cinco regiões do Brasil. Nesses seminários foram discutidas a viabilidade e as estratégias de operacionalização da proposta (parceiros potenciais, dificuldades e facilidades para a implantação e pactos a serem feitos). Em tais encontros foi recomendado que a seleção dos serviços fosse realizada em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme os fluxos locais de atendimento, a distribuição geográfica, a existência de centros de referência, entre outros critérios.

Para refletir

Se você fosse implantar um novo sistema de vigilância para os acidentes e violências na sua região, quem seriam seus parceiros?

Você pode ampliar seus conhecimentos sobre o assunto, lendo a *Agenda de vigilância, prevenção e controle dos acidentes e violências* (SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA DE DANT E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005).

Em suma, é importante ressaltar que o estabelecimento de um sistema de vigilância para acidentes e violências em serviços de emergência e em serviços de referência tem um propósito mais abrangente do que o de produzir informações. Esses serviços são especialmente relevantes na detecção de casos de agressões contra grupos específicos, tais como mulheres e crianças (DESLANDES, 1999). Os profissionais que lá trabalham encontram-se numa posição especial para ajudar e encaminhar aqueles que estão sob risco e proporcionar subsídios para a organização de propostas de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Vigilância contínua

No âmbito do SUS essa modalidade de vigilância também foi implantada a partir de 1° de agosto de 2006, inicialmente também em serviços sentinela para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros) de 39 municípios selecionados.

No segundo semestre de 2008 essa vigilância começou a ser expandida, com o início do processo de universalização da notificação para outros serviços de saúde, que não somente os serviços sentinela, bem como a expansão da notificação para outros municípios. Esse processo tem sido feito de forma gradual, mas articulado com a rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violências e suas famílias.

O instrumento de coleta da vigilância contínua é a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. A entrada de dados no período de 2006 a 2008 também foi por meio do software Epi Info Windows, adaptado do CDC-Atlanta; a partir do segundo semestre de 2008 a digitação dos dados passou a ser feita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de forma, ainda, a validar o sistema, sendo feita nos municípios inicialmente selecionados.

Em 2011, com o objetivo de atender à legislação vigente e de garantir a atenção e a proteção às pessoas em situação de violências, o MS universalizou a notificação de violências doméstica e sexual e outras violências para todos os serviços de saúde no país, incluindo-a na relação de doenças e

agravos que são registrados no Sinan. Essa universalização foi instituída por meio da Portaria GM/MS n. 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011).

A vigilância contínua, também denominada no MS de Viva Sinan, tem como objetivos: descrever o perfil dos atendimentos em unidades de saúde de violências doméstica e sexual e/ou outras violências autoprovocadas; caracterizar o perfil das vítimas e dos autores(as) de agressão; tipificar as violências; intervir sobre os casos, articulando e integrando a vigilância e a notificação com a Rede de Atenção e de Proteção às Vítimas de Violências e suas Famílias, garantindo-se, assim, atenção integral e humanizada, proteção e o respeito dos direitos humanos.

Quais as situações são objeto de notificação?

Os profissionais de saúde deverão notificar qualquer caso suspeito ou confirmado com o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. As situações que são objeto de notificação por esses profissionais são:

- violência doméstica/intrafamiliar cometida contra homens e mulheres, independentemente da faixa etária e da natureza da violência (física, sexual, negligência/abandono, psicológica);
- violência sexual cometida contra homens e mulheres, independentemente da faixa etária e do tipo (estupro, exploração sexual, assédio moral, pedofilia, outros);
- tentativas de suicídio de homens e mulheres, de qualquer faixa etária;
- tráfico de pessoas (homens e mulheres), de qualquer faixa etária;
- intervenção legal feita por agentes da lei, no exercício da profissão, contra homens e mulheres, de qualquer faixa etária (para o MS, a intervenção legal também é incluída na categoria agressões);
- as outras violências que são objeto de notificação são todas as formas de violência, seja doméstica/intrafamiliar ou não, que são cometidas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, em conformidade com as situações definidas por lei - Estatuto da Criança e do Adolescente(ECA), Estatuto do Idoso, Lei n. 10.778/2003.

A notificação permite que se conheçam as formas de violência e o perfil das vítimas e dos autores da agressão e tem sido um instrumento de organização dos serviços de saúde para o atendimento adequado e

humanizado às vítimas de violências, com a implantação e implementação das redes de atenção e proteção, assim como para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde e cultura de paz. Ela está em conformidade com as políticas nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) e de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

No âmbito do SUS a notificação também é compulsória quando da suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, tentativa de suicídio, tráfico e intervenção legal cometidos contra homens adultos, apesar de não existir uma legislação específica. Em outras situações, que não as citadas, as violências praticadas contra homens adultos não são objeto de notificação.

Quem deve notificar

Qualquer profissional de saúde, seja de nível superior ou não, é obrigado a fazer essa notificação nas situações de violências cometidas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

Destaca-se que o profissional de saúde das ESF tem um papel estratégico na identificação e notificação dos casos de violência, pois muitas vezes eles são os primeiros a ter acesso à situação de violência, em função da entrada dessa equipe no domicílio do idoso, assim como por meio da história e do exame clínico realizado em uma unidade de saúde.

A notificação deverá ser preenchida em duas vias, devendo uma delas ficar na unidade de saúde e a outra, encaminhada para a vigilância epidemiológica do município, seguindo os fluxos e a rotina do Sinan; a SMS envia os dados consolidados a partir da notificação individual para a vigilância epidemiológica da SES, que, por sua vez, os envia para a CGDant/SVS/MS.

Para refletir

Na implantação da notificação compulsória de violências doméstica e sexual e outras violências em seu município, quem você envolveria nas capacitações?

Comunicação aos conselhos

Salienta-se que, de acordo com a legislação vigente, nas situações de violência cometida contra crianças e adolescentes, o profissional de saúde ou da educação deverá, obrigatoriamente, fazer uma comunicação ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, de acordo com o ECA.

Nas situações de violência contra pessoas idosas deverá ser feita uma comunicação para a autoridade policial, o Ministério Público, o Conselho Municipal do Idoso, o Conselho Estadual do Idoso ou o Conselho Nacional do Idoso, em conformidade com o Estatuto do Idoso.

Vale salientar que a notificação de violências não se trata de uma denúncia, mas é um instrumento de vigilância epidemiológica e de garantia de direitos, na medida em que aciona a rede de atenção e proteção.

Resultados esperados com o Viva

Os resultados esperados do referido processo devem ser estabelecidos já no planejamento do sistema de vigilância e pactuados com todos os parceiros. Nesse caso, esperamos que o sistema contribua tanto para a produção de conhecimento epidemiológico, que pode ser utilizado para políticas de prevenção e promoção, quanto na avaliação de sua operacionalização, para identificar aspectos que devam ser aprimorados. Assim, é importante considerar:

- monitoramento da morbidade e da mortalidade associadas aos acidentes e às violências;
- implementação das ações de vigilância, prevenção e controle de acidentes e violências em articulação intra e intersetorial;
- avaliação das ações implementadas para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- avaliação das diferentes estratégias de implantação;
- integração e validação das informações;
- avaliação do potencial de informação das fontes notificadoras e da qualidade das informações coletadas.

Finalizando...

Com o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), o Ministério da Saúde espera:

- caracterizar o perfil das pessoas vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais ou autoprovocadas que são atendidas nos serviços sentinela;
- caracterizar o perfil das pessoas vítimas de acidentes que são atendidas nos serviços sentinela;

- conhecer o perfil dos autores(as) da agressão;
- descrever o perfil dos atendimentos decorrentes das violências (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (de trânsito, quedas, queimaduras, intoxicações, dentre outros) em unidades sentinela de urgência/emergência e outros serviços de referência para violências;
- dimensionar a demanda por atendimentos por causas externas em serviços sentinela de urgência/emergência e outros serviços;
- caracterizar os eventos decorrentes dos acidentes e das violências de menor gravidade que não geraram internação ou levaram ao óbito;
- revelar a violência doméstica, sexual e outras formas de violências interpessoais e autoprovocadas;
- atender à legislação vigente quanto à obrigatoriedade da notificação compulsória: Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8.069/1990, que institui a notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes; Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003 e Lei 12.461/2011, que institui a notificação compulsória de violência contra pessoa idosa; e Decreto Federal n. 5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta a Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher;
- produzir análises de tendência das violências e acidentes;
- produzir indicadores de monitoramento e avaliação de políticas, programas e projetos de enfrentamento das violências e de promoção da saúde e da cultura de paz;
- utilizar a informação na definição de políticas públicas de prevenção, atenção, proteção e promoção da saúde e da cultura de paz.

Para saber mais visite o site da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e acesse a página da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDant) em www.saude.gov.br/svs.

Referências

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei n. 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei n. 10.741, de 1de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. [*Página da CGDANT no portal do Ministério da Saúde*]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela*. Brasília, DF, 2006. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília, DF, 2010.

BROWSON, R. C.; REMINGTON, P. L.; DAVIS, J. R. (Ed.). *Chronic disease epidemiology and control*. Washington, DC: American Public Health Association, 1993.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1269-1278, 2006. Suplemento.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Violence-related injury in emergency departaments in Brazil. Revista *Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 24, n. 6, p. 400-8, 2008.

HAMMANN, E. M.; LAGUARDIA, J. Reflexões sobre a vigilância epidemiológica: mais além da notificação compulsória. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 211-219, jul./set. 2000.

HOLDER, Y. et al. (Ed.). *Injury surveillance guidelines*. Geneva: World Health Organization, 2001.

HOLDER, Y. et al. (Ed.). *Manual de vigilância das lesões*. Tradução: Vilma P. Gawryszewski. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Coordenadoria de Controle de Doenças, 2006.

KRUG, E. G. et al (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. *Manual de vigilância das lesões*. trad. Vilma Pinheiro Gawryszewsk. 1 ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/man_lesoes.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE. *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Genebra, 2002.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *The New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 294, n. 11, p. 582-588, 11 Mar. 1976.

SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA DE DANT E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005, Brasília. *Agenda de vigilância, prevenção e controle dos acidentes e violências*. Brasília, DF, 2005.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em saúde pública*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1998.

17. Diagnóstico situacional da violência

Cláudia Araújo de Lima, Edinilsa Ramos de Souza,
Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes

Neste capítulo apresentamos o passo a passo da realização de um diagnóstico situacional, com etapas que exigem conhecimento técnico e outras que devem buscar o compartilhamento social.

Um diagnóstico situacional constitui a base essencial para qualquer avaliação de um determinado quadro ou processo social ou sanitário. Conhecer em profundidade uma situação problemática e os recursos para enfrentá-la é estratégico para o planejamento e para a gestão. Um diagnóstico sobre a situação de violências e acidentes visa descrever um quadro amplo, da forma mais detalhada possível:

1. a situação de morbimortalidade por acidentes e violências numa determinada localidade e seu impacto na saúde;

2. as propostas de enfrentamento que estão atuantes nessa mesma localidade, de modo a dar conta dos êxitos e das dificuldades do sistema de saúde para atuação diante da questão.

Em outros termos, o diagnóstico tem por objetivo responder como violências e acidentes afetam a saúde das pessoas de diferentes sexos, gênero, faixas etárias, etnias/raças, moradoras deste ou daquele bairro ou região da cidade, pertencentes a este ou àquele grupo social, incluídas em certo processo de trabalho ou desempregadas. Procura saber o quanto essas violências e acidentes afetam os serviços de saúde e dele demandam distintos tipos de atendimentos, desde o fundamental cuidado médico voltado ao reparo das lesões e dos traumas até a necessidade por atenção psicológica, social, de reabilitação, de orientação jurídica, entre outras.

Em contrapartida, um diagnóstico bem-feito busca conhecer também quais as iniciativas existentes, as parcerias que já são feitas para atender as vítimas e para prevenir essas violências, os acidentes e seus respectivos agravos. É conhecer como esses programas e serviços atuam e que públicos-alvos privilegiam. É buscar compreender a história dessas iniciativas, resgatando as motivações dos atores e seu contexto de institucionalização. É detectar quais são os avanços e as lacunas dessas propostas.

Diagnóstico, como entendemos, não constitui uma sentença ou uma "auditoria". Ele se configura como uma análise que leva em conta as condições gerais disponíveis de infra-estrutura, de recursos materiais e de conhecimentos, de planejamento e de apoio institucional existentes. Buscamos compreender as causas de determinadas situações. Um diagnóstico situacional reflete ainda criticamente sobre a qualidade das informações que foram usadas e sobre as informações que não estão disponíveis.

Uma determinada cidade pode, por exemplo, ter alta taxa de mortalidade e morbidade por acidentes envolvendo motofretistas (os *motoboys*) e nenhum programa voltado para essa categoria profissional. Pode apresentar um considerável número de atendimentos nos pronto-socorros de crianças e adolescentes que sofrem maus-tratos físicos, psicológicos e sexuais, e só possuir serviços voltados para o atendimento das vítimas de exploração e abuso sexual. Pode somente privilegiar a atenção às vítimas e não incluir o atendimento aos seus familiares, desconsiderando a dinâmica familiar. Essa fase do diagnóstico, em suma, pondera sobre o que tem sido feito, como tem sido feito e o que falta fazer.

Por sua vez, o processo diagnóstico tem um caráter eminentemente "estratégico". Isso significa que esse tipo de pesquisa está comprometido com respostas atuais e futuras do sistema, buscando o aperfeiçoamento das ações em favor das pessoas em situação de acidentes e violências. Significa dizer que esse conhecimento produzido precisa ser colocado em benefício da construção de respostas mais efetivas. A partir dele se esperam esforços para, ao mesmo tempo, detectar avanços, apontar limites e propor novos rumos.

Por isso, a reflexão diagnóstica parte de uma visão crítica e reflexiva da ação, incluindo o diálogo com interlocutores que atuam nessa área, com os dados disponíveis e com a bibliografia pertinente. O ideal é que o diagnóstico seja realizado de forma participativa e que o maior número de instituições e pessoas sejam entrevistadas, de modo que cada uma possa expor suas dificuldades nas linhas de atuação, bem como suas potencialidades; ou seja, aquilo que realiza ou que tem como compromisso, como missão institucional.

Entendemos, didaticamente, que um diagnóstico sobre a violência precisaria minimamente cumprir duas etapas distintas e complementares:

1. diagnóstico da distribuição e da qualificação dos acidentes e violências naquela população e seu impacto na constituição de demandas para o setor saúde;

2. mapeamento e análise crítica das iniciativas de atendimento às vítimas e daquelas voltadas para a prevenção.

Etapa 1

O diagnóstico situacional começa pela elaboração do perfil epidemiológico sobre os acidentes e violências da localidade, visando responder a questões fundamentais como: quais as formas mais frequentes de acidentes e violências, quais os grupos populacionais mais afetados por esses eventos e a que período de tempo essas informações se referem.

Outro ponto fundamental é definir se estamos querendo diagnosticar – a mortalidade ou a morbidade.

Conforme já discutido no Capítulo 5, Parte I deste livro, cabe lembrar que, do ponto de vista da mortalidade, o setor saúde trabalha com os acidentes e violências sob a denominação de causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo 20 da CID-10). Para a morbidade, esses eventos assumem a designação de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (Capítulo 19 da CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Mais detalhes sobre esses sistemas podem ser encontrados no Capítulo 14 deste livro. É preciso estar atento para a qualidade de tais informações, conforme destacado no referido Capítulo.

O passo seguinte será identificar que fontes de dados poderão ser consultadas ou acessadas, a fim de conseguir as informações desejadas. Tradicionalmente, o setor saúde tem trabalhado com dois grandes bancos de dados nacionais: um sobre a mortalidade – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) –, cujo instrumento básico é a Declaração de Óbito (DO); e outro sobre a morbidade – Sistema de Informações sobre Hospitalizações (SIH) –, que lança mão dos dados das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH).

Esses bancos de dados constituem as estatísticas oficiais do país, dos estados e municípios sobre a situação de mortalidade e de morbidade da população. O uso de instrumentos padronizados de registros – a DO e a AIH – em todo o território nacional permite que estudos comparativos sejam realizados.

Além dessas, podem existir outras fontes de dados sobre acidentes e violências estruturadas ou não, informatizadas ou manuais, das quais é possível se lançar mão para complementar os dados necessários ao diagnóstico. Assim, podem ser usados dados dos registros de unidades de saúde, como as emergências hospitalares e os serviços especializados no atendimento às vítimas de violência, dados do Samu, Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate) ou Grupamento de

Socorro de Emergência (GSE), entre outras fontes. Também podem ser considerados dados de instituições de outros setores, como os Registros de Ocorrências Policiais (ROs), informações geradas nos departamentos de trânsito e registros de órgãos de proteção, como conselhos tutelares e delegacias especiais, por exemplo. As organizações não governamentais costumam ser fontes de informação sobre determinados grupos sociais específicos: mulheres, homossexuais, negros etc. O que importa é que o diagnóstico possa abrir o leque de opções que sirva como base para construir o perfil epidemiológico local dos acidentes e violências.

Para refletir

Considerando a realidade de seu trabalho, há um perfil epidemiológico sobre os acidentes e violências, mesmo que precário? Como, quando e por quem foi feito?

Uma vez definidos o ano ou período para o qual desejamos realizar o diagnóstico situacional e as fontes a serem pesquisadas, comentamos sucintamente algumas das análises que podem ser feitas com este objetivo.

Identificação da magnitude e do impacto dos acidentes e violências

- Qual o número de mortes por causas externas e de internações por lesões e envenenamentos ocorridas no município em determinado ano ou período de tempo?
- Qual a posição ocupada pelas causas externas no obituário geral da população e que lugar os acidentes e violências ocupam entre as causas de internações hospitalares?
- Qual é o percentual de mortes por causas externas entre todos os óbitos ocorridos na população, em determinado ano ou período de tempo? Do mesmo modo, qual o percentual de internações por lesões e envenenamento em relação a todas as hospitalizações realizadas em um ano ou período?

Mensuração dos riscos de morrer ou adoecer por acidentes e violências

Recordando conceitos: para lembrar o que é risco ou chance de morrer ou de adoecer por acidentes e violências, consulte o Capítulo 5 da Parte I.

Para identificar os riscos da população do seu município, vamos considerar e calcular alguns dos indicadores mais usados.

- **Coeficiente de mortalidade por causas externas em um período** – permite analisar a tendência desses eventos ao longo do tempo: se o risco está crescendo, permanece estável ou diminui.
- **Coeficiente de mortalidade por causas externas, segundo sexo e faixas etárias** – avalia os riscos de grupos e fases de vida mais submetidos a esses agravos letais.
- **Coeficiente de mortalidade por causas externas específicas** – acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, agressões, lesões auto-infligidas, entre outras causas. Por meio desse indicador, é possível analisar quais os maiores riscos entre os subgrupos específicos de acidentes e violências.

Esses coeficientes podem ser detalhados em função daquilo que o profissional/gestor deseja aprofundar, a fim de conhecer melhor sua realidade e, a partir daí, desenvolver ações de controle e prevenção.

Todos os coeficientes podem ser também calculados para a morbidade, seja ela relativa às internações hospitalares, aos atendimentos em unidades ambulatoriais de saúde ou outros registros desses eventos não letais.

Constituição de demandas para o setor saúde

Uma vez realizada a análise epidemiológica dos dados, é importante que o gestor tenha uma ideia sobre como está estruturado em seu município o atendimento às vítimas. A infra-estrutura de serviços é suficiente em número, recursos, equipamentos e pessoal, para atender as demandas geradas pelos acidentes e violências?

É importante detalhar essa análise de acordo com as demandas específicas, conforme os exemplos a seguir.

Exemplo 1

A análise diagnosticou que o município tem elevada ocorrência de acidentes de trânsito. É importante que o gestor faça uma avaliação checando os seguintes tópicos:

- Existem serviços suficientes e adequados para o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação a essas vítimas?
- Quantos leitos hospitalares seriam suficientes para atender esses casos?

- De quantos profissionais o município dispõe para atender os casos de acidentes e violências e de quantos precisaria para ter as equipes multidisciplinares que esses casos requerem?
- Há oferta de órteses, próteses, cadeiras de roda para os que se tornarem incapacitados? Quantos desses equipamentos o município precisa adquirir e disponibilizar para os pacientes?
- Existem ações no município voltadas para a prevenção dos acidentes de trânsito? Que ações seriam necessárias para isso? Quem poderia desenvolvê-las? De que forma?
- O setor saúde busca integrar as ações dirigidas ao trânsito com outros setores da sociedade? Que setores poderiam ser envolvidos? Com quais estratégias?

Exemplo 2

O diagnóstico identificou que há grande ocorrência de acidentes e eventos violentos em determinada área do município. O gestor precisa ter as seguintes informações:

- Existem serviços que possam realizar o atendimento às vítimas nessa área?
- Que serviços precisariam ser criados e implantados para diminuir os altos índices de acidentes e violência naquele local?
- Que ações de prevenção o setor saúde poderia desenvolver ali?
- Que ações fora do setor saúde precisariam ser desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida daquela área?

Exemplo 3

- A análise epidemiológica constatou que a grande vítima da violência naquele município é o jovem. A partir desse conhecimento, o gestor deve questionar:
- Há ações de prevenção aos acidentes e violências especialmente dirigidas a esse grupo populacional? Que ações seriam necessárias?
- Existe no município número suficiente de serviços e de leitos hospitalares para o atendimento ao jovem?
- Há equipes treinadas e suficientes para desenvolver ações de prevenção, de atenção e de recuperação e reabilitação desses jovens? Que treinamentos e capacitações poderiam ser oferecidos aos profissionais?

Esses e outros questionamentos servem para ajustar a estrutura e a organização do setor saúde às demandas geradas pelos acidentes e violências. Trata-se de um exercício que serve ao planejamento e à administração e pode ser pensado como ações de curto, médio e longo prazos, com o estabelecimento de metas a serem alcançadas. Pode, em última instância, ser uma ferramenta de grande valia para a gestão.

Etapa 2

Para a elaboração de um diagnóstico das iniciativas para a prevenção e para o atendimento às vítimas dos acidentes e violências, tomamos como norte o que é preconizado pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

A política tem sete diretrizes principais:

1. Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis;
2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;
5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
6. Capacitação de recursos humanos;
7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Analisemos cada uma das diretrizes nas principais recomendações que a política apresenta, tentando completar suas eventuais lacunas.

Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis

- Há sensibilização e mobilização da sociedade em geral e da mídia em particular? O que tem sido feito no município nesse sentido? Há campanhas ou outras formas de atuação?
- A Resolução n. 143, de 26/03/2003 (CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO, 2003), tem sido cumprida com a devida aplicação

do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) na prevenção dos acidentes de trânsito?

- Há iniciativas de sensibilização dos formadores de opinião para a promoção de comportamentos não violentos?
- Há produção e divulgação de materiais educativos destinados à população e aos profissionais da saúde e da educação, visando prevenir violências e acidentes, e promover ambientes e medidas saudáveis?
- Existem ações de prevenção incorporadas em todos os programas (saúde da mulher, da criança etc.), planos e projetos de atenção a grupos específicos da população?
- O município dispõe de planos de emergência para acidentes ampliados por manipulação de substâncias perigosas?
- Existem articulações entre setores do governo e da sociedade civil para a promoção de ações preventivas? Exemplo: Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação para educação em saúde nas escolas, Secretaria de Educação e Secretaria de Esportes e/ou Cultura para ampliação de espaços comunitários que beneficiem diretamente a população e previnam situações de violência; Secretaria de Saúde com setores do trânsito para ações de prevenção a esses acidentes.

Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

- É promovido o registro contínuo e padronizado, segundo natureza, tipo de lesão e causa? Esse registro informa o sistema, apoiando o planejamento das ações?
- Há estímulo à formação de grupos inrtersetoriais de discussão sobre o impacto de acidentes e violências no setor saúde?
- Tem sido feita a sensibilização dos gestores e médicos do Instituto Médico Legal sobre a importância dos dados desse setor?
- Já houve alguma auditoria da qualidade de informação dos sistemas?
- Foram elaboradas normas para padronizar fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar (com perfil do paciente, tipos de lesões, causas e acidentes de trabalho)?
- Existem ações de vigilância para os casos de morbidade? Essas iniciativas locais têm recebido apoio?

- Está implantada a notificação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, de acordo com o que preconizam o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,1990) e a Portaria n. 1.968/2001 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001)?
- O que é feito para cumprir as legislações específicas para a proteção de direitos das mulheres e de idosos que sofrem violência?

Sistematização, ampliação e consolidação do Atendimento Pré-Hospitalar

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências opera aqui uma redução, pois percebe o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) apenas em sua vertente de pré-hospitalar móvel, nada mencionando sobre o pré-hospitalar fixo (postos de pronto-socorro 24 horas). Nesse sentido, completamos com outros questionamentos, para um melhor diagnóstico, tomando como referência a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004), que regula os atendimentos de urgências e emergências, pré-hospitalar e hospitalar às causas externas.

Para você saber mais sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, do Ministério da Saúde:

- leia a Portaria n. 1863/GM, do Ministério da Saúde (2003)
- acesse o site: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm

- Como está o processo de organização e implantação de serviços de atenção pré-hospitalar no município?
- O município segue a padronização regulamentada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) sobre a construção de veículos para transportes de pacientes, verificando as medidas, as acomodações e os equipamentos exigidos?
- Encontra-se à disposição o mapeamento das áreas de risco?
- Foram elaborados planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas?
- Existe uma integração do pré-hospitalar ao atendimento de emergência hospitalar a partir de centrais de regulação médica? Essa integração é resolutiva?
- As unidades 24 horas estão integradas às emergências?

Para obter mais informações sobre a construção de veículos de atendimento a emergências médicas e resgate, acesse o site da ABNT (www.abnt.org.br) e solicite orientações sobre como adquirir a Norma NBR n. 14.561/2000, da referida Associação.

Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências

- O atendimento do setor saúde está integrado com áreas jurídicas e de segurança?

- A assistência às vítimas de violências e acidentes está integrada às atividades desenvolvidas pelos Programas de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde, além do atendimento ambulatorial e de emergência?
- Existem mecanismos de referência entre os serviços que atendem as vítimas e seus familiares?
- Existem normas de atendimento às vítimas de acidentes e violências que sirvam para padronizar condutas, racionalizar atendimento e reduzir custos? Por exemplo: protocolos conjuntos, protocolos de serviços específicos, condutas em serviços, tais como hospitais, delegacias, IML, Programa Sentinela, serviço social.
- A atenção hospitalar encontra-se regionalizada e hierarquizada?
- Tem aumentado o número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergências (no mesmo hospital ou em unidades de retaguarda)?
- Há adequada oferta de leitos de terapia intensiva (adulto e pediátrica)?
- Existe unidade de tratamento de paciente de alto risco nos serviços de urgência, independentemente de seu grau de complexidade?
- Existem serviços de referência para atendimento a casos de abuso sexual, incluindo atenção à família?
- Há atendimento para casos de abortos previstos em lei, também chamados de abortos legais?
- É feita a denúncia de suspeita de maus-tratos de idosos por parte do profissional da saúde?
- Existem serviços para atendimento a idosos maltratados? Quais?
- Existe alguma ação voltada para a prevenção de violências entre os portadores de deficiências?
- Existem serviços que prestam atendimento a pessoas autoras de agressões? Que tipos de atendimento são realizados? Há atividades voltadas para reeducação dos autores de agressões?

Essas reflexões são fundamentais para compor o diagnóstico situacional da violência.

Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação

- As ações são direcionadas aos pacientes e suas famílias?
- Existe atendimento multiprofissional, a fim de evitar sequelas e promover a reintegração social, familiar e laboral?

- Há previsão de recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses e meios de locomoção?
- É feito o diagnóstico epidemiológico dos portadores de sequelas?
- Há um levantamento dos serviços e de suas necessidades?
- Há iniciativas para adequação dos espaços, de modo a evitar acidentes e integrar os pacientes?
- Há apoio a instituições que empregam portadores de sequelas?
- O atendimento é regionalizado e hierarquizado?

Capacitação de recursos humanos

- Há oferta de capacitação para a melhoria da qualidade de registro?
- Alguma iniciativa tem sido feita com a finalidade de incluir a temática da violência e dos acidentes na formação dos profissionais da saúde (cursos de graduação, atualização, especialização etc.)?
- Tem havido investimento na formação de profissionais em emergências – formação que inclua aspectos clínicos, cirúrgicos, gerenciais e abordagem psicossocial?
- Há capacitação para o atendimento às intoxicações (especialmente decorrentes de agrotóxicos)?
- Há capacitação de profissionais da saúde e de outros setores – que trabalham na prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação ou risco de violência – para atuação conjunta, em rede?

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

- Percebe-se algum investimento no desenvolvimento de pesquisas sobre a temática?
- Existem pesquisas que integrem abordagem socioantropológica, além das pesquisas clínicas e epidemiológicas?

Um diagnóstico mais elaborado analisaria, além da existência ou não de todas essas iniciativas, a qualidade delas, ponderando em que condições são realizadas.

O papel das universidades é muito importante no desenvolvimento de pesquisas, no ensino e nas intervenções que visem prevenir e atender as vítimas de violência.

Referências

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*.2.ed.ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001*: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Brasília, 2003*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.1968, de 25 de outubro de 2001*: dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO (Brasil). Resolução n. 143, de 26 de março de 2003. Dispõe sobre a utilização dos recursos do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres–DPVA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 54, 31 mar. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. rev. São Paulo, 1996.

18. Elaboração de Plano Local de Promoção, Prevenção e Atenção às Situações de Violências e Acidentes

Maria Cecília de Souza Minayo, Cláudia Araújo de Lima e Edinilsa Ramos de Souza

Este capítulo apresenta uma proposta de elaboração de Plano Local de Promoção, Prevenção e Atenção às Situações de Violências e Acidentes e discute a questão da sustentabilidade, oferecendo ao aluno amplas possibilidades de desenvolver projetos localizados e que articulem a formação de redes de atenção integral para o enfrentamento da violência.

Pressupostos da construção de um plano de ação

Este item visa subsidiar gestores e profissionais na elaboração de um plano de ação participativo de redução de acidentes e violências. Nele discorreremos sobre pré-condições e sobre elementos que devem ser considerados nessa construção.

Plano de ação é um instrumento operativo para gestão de problemas sociais em geral (inclusive os da área da saúde), sendo composto pela descrição do tema em foco, do diagnóstico situacional e das tarefas voltadas para solução.

A construção de um plano de ação é um processo pragmático que, como empreendimento social, visa solucionar problemas e atender aos interesses de públicos diversificados (ABEGÃO, 2003). Por causa da variedade de assuntos que aborda, das pessoas que mobiliza e das decisões que exige, seu sucesso está diretamente relacionado ao envolvimento dos potenciais parceiros e beneficiários no processo de planejamento, implantação, acompanhamento e avaliação.

Para refletir

Você teve alguma experiência na construção de um plano de ação? Em caso afirmativo, quais os pontos fortes e as fragilidades?

Há alguns pré-requisitos importantes para a construção de um plano local de ação participativo:

- deve ter como base filosófica a promoção de consenso e a prática dialógica;
- precisa envolver todos os atores que tenham a ver com o problema em foco. Frequentemente, é possível que determinados objetivos, metas ou ações propostas atinjam interesses distintos e até concorrentes. No entanto, nenhum dos potenciais parceiros deve ser descartado; ao contrário, todos precisam ser colocados num espaço e em situação adequada para que possam expressar suas opiniões com autenticidade e segurança;
- quanto mais pessoas com objetivos comuns e opiniões divergentes compuserem a criação de um plano, mais ele apresentará a riqueza da realidade se houver clima para administração dos conflitos;
- a efetividade dessa construção depende também da competência técnica de quem coordena o trabalho, da escolha dos métodos e técnicas participativas e da garantia do diálogo na tomada de decisões;
- para que as decisões sejam coletivas, é preciso que todos os participantes criem um conhecimento comum sobre o problema e sobre a busca de soluções, integrando, inclusive, o conhecimento de especialistas;
- havendo conflitos de interesses, torna-se necessária uma solução participativa, e não uma rejeição unilateral das dificuldades para criar consensos ou respeitar a pluralidade de posições;
- para garantir a participação, é preciso que todos os envolvidos se tornem participantes ativos (cada um com sua parte na construção do todo).

Dificuldades costumam surgir na construção de um plano de ação participativo e algumas delas são citadas por Klicksberg (1999): o eficientismo (eficiência) dos técnicos; o predomínio da cultura organizacional formal; a tendência à manipulação da comunidade; o apego ao “pequeno” poder; a subestimação dos leigos (ou seja, dos que conhecem o problema apenas pela experiência) em geral, sobretudo dos pobres. É importante conhecer esses e outros obstáculos para que sejam reforçadas as ações que buscam o crescimento do grupo como um todo pelo diálogo e pela construção de consensos.

Além disso, é fundamental saber que a definição clara dos objetivos, das atividades e das prioridades, o comprometimento da equipe, a valorização das metas e ações, a previsão de treinamento e uso das tecnologias disponíveis, e a avaliação quanto aos apoios institucionais e governamentais recebidos são facilitadores tanto da elaboração como do desenvolvimento de um plano de ação.

Metodologia de construção de um plano de redução de acidentes e violências

Todas as pessoas que atuam no tema das violências e acidentes no setor saúde deveriam ter em mãos a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, conforme já foi assinalado em capítulos anteriores. No entanto, o texto dessa política nacional não pretende dizer o que cada município deve fazer; apenas traça as principais diretrizes e as responsabilidades institucionais. O plano de ação, construído com os parâmetros do documento citado, deve ser criado localmente e situar-se dentro da realidade concreta na qual atuam os profissionais da saúde. Na instância municipal, a problemática em pauta toma feições próprias, em geral muito diferentes das que se apresentam nos dados aglomerados para o Brasil.

Um plano deve ter um responsável (quem), um prazo para começar e para a realização de etapas (quando), um local (onde), uma justificativa (por que) e um detalhamento de procedimentos (como no curto, médio e longo prazos). É, portanto, composto por uma série de tarefas a serem realizadas, a partir do diagnóstico do problema e do planejamento para atuação. Desse instrumento de trabalho devem constar:

- objetivos gerais e específicos da ação;
- definição dos termos (conceitos) que norteiam a ação;
- diagnóstico situacional apresentado de forma contextualizada;
- prioridades pactuadas coletivamente, que devem ser concentradas em alguns pontos, permitindo avaliação;
- metas a serem alcançadas e em que prazos;
- nomeação dos responsáveis por cada tarefa a ser executada;
- prazos e limites para a conclusão das atividades;

- dificuldade, limites e obstáculos previstos;
- fatores potencializadores e facilitadores;
- resultados esperados;
- previsão de acompanhamento e avaliação: interna (auto-avaliação) e externa (por meio de consultores);
- recursos orçamentários.

A seguir, para efeitos didáticos, são apresentados alguns elementos importantes na construção do plano.

Contatos e parcerias

O ponto inicial de qualquer plano de ação é definir a vontade política de enfrentar o problema. A partir daí, juntam-se os atores mais importantes para viabilização do processo e das ações, a fim de que sejam estabelecidos objetivos comuns e acordos necessários para levar à frente o projeto.

Geralmente, um plano de ação para tratar do tema dos acidentes e violência precisa de acordos locais no nível dos diversos programas da prefeitura, uma vez que os problemas são intersetoriais, mesmo que o processo seja liderado pelo setor saúde. Também grupos da sociedade civil (ONGs, instituições acadêmicas, representantes do empresariado, representantes de conselhos e associações) devem participar dos acordos.

Dessa primeira etapa esperam-se dois produtos:

1. um acordo geral que abra portas e promova uma linguagem comum;

2. indicação de pessoas para compor a equipe de trabalho, o que deve ser feito pelos representantes institucionais presentes ao encontro.

Seminários com as pessoas indicadas para construir o programa

Os seminários têm como objetivo esclarecer a ideia geral da proposta e ao mesmo tempo evidenciar a importância da construção participativa do plano de ação para redução de acidentes e violências. Além de ser um momento para reflexão sobre o tema e para emprego das técnicas de consenso, nesses eventos deve ser realizado um primeiro levantamento dos itens necessários para elaboração do diagnóstico local. Dessa etapa se esperam dois produtos:

1. adesão e reconhecimento interno do grupo de trabalho;

2. motivação dos participantes para promoção e desenvolvimento do plano.

Elaboração do diagnóstico participativo

A elaboração do diagnóstico participativo tem várias fases: a primeira delas é técnica, pois se constitui no levantamento de dados locais, o que toma tempo e exige formação específica. As outras etapas devem ser realizadas com base nos dados levantados e devidamente sistematizados, com a participação do grupo de trabalho ao qual são acrescidos outros atores que esse coletivo julgar imprescindíveis para construção do plano.

O diagnóstico técnico é apenas uma peça inicial. Na medida em que é entregue ao grupo, torna-se instrumento de discussão e de aprimoramento.

Elaboração do diagnóstico técnico

- Apropriação da "teoria da violência" do ponto de vista da saúde: o que essa área define como violência e acidentes; natureza da violência (física, psicológica, sexual, negligências); tipificação da violência (interpessoal, institucional, coletiva, autoviolência); distribuição (por idade, por sexo, por grupos sociais, entre outros).
- Levantamento do perfil epidemiológico local que deve surgir do mapeamento dos acidentes (de vários tipos) e das violências (de vários tipos) mais recorrentes na realidade local.
- Mapeamento fenomenológico de todas as questões vistas como importantes pelos membros do grupo, mas para as quais não há dados quantificáveis.

Por que é importante a apropriação dos conceitos? Para que o diagnóstico não seja um desdobramento do senso comum e/ou uma aplicação restritiva do que o setor saúde considera "causas externas".

A Parte I do livro aborda esse tema.

A elaboração do diagnóstico situacional participativo é um dos momentos principais da construção do plano. A pessoa tecnicamente qualificada apresenta o perfil dos acidentes e violências em nível local, ressaltando os dados fundamentados do ponto de vista epidemiológico e também o que apenas existe embrionariamente, como observação da realidade. É importante que, nessa fase do trabalho, as informações quantitativas sejam complementadas por meio de entrevista com representantes dos diferentes setores que tenham a ver com o problema em foco.

A seguir, se inicia um debate tornando os dados levantados um produto elaborado pela visão de todos os parceiros. Nesse momento se discutem a confiabilidade das informações, a sua contextualização na realidade local e as prioridades estabelecidas coletivamente, buscando-se consenso.

Dessa etapa se esperam os seguintes resultados:

- um documento apropriado, em que o contexto, os problemas e as prioridades fiquem definidos, ainda que provisoriamente;
- mais coesão do grupo de trabalho quanto às relações, à linguagem e aos problemas tratados e a serem enfrentados.

DOCUMENTO DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO SOBRE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

O diagnóstico participativo local consiste no mapeamento dos dados municipais sobre violências e acidentes, por meio da análise de informações secundárias, pesquisas, entrevistas e debates com representantes governamentais, da sociedade civil e da população.

Entrevista é uma técnica qualitativa muito utilizada em pesquisas e trabalhos na área da saúde. Costuma ser realizada de maneira individual ou coletiva. Entendida como "uma conversa a dois, com propósitos bem definidos", coleta informações objetivas ou subjetivas, relacionadas a valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. Pode ser estruturada – perguntas previamente formuladas – ou não estruturada – o tema abordado é tratado de forma mais livre. A entrevista em grupo envolve de seis a 12 pessoas, com um animador que faz intervenções no decorrer das discussões, sendo então chamada de grupo focal.

Para saber mais sobre o tema, leia Minayo, MCS (organizadora). *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

Um diagnóstico participativo deve conter:

- características e contextualização socioeconômicas, políticas e culturais que ajudem a compreender a problemática;
- levantamento dos dados referentes ao problema;
- levantamento de forças sociais (setores ou atividades) com potencial positivo;
- levantamento dos setores ou atividades que dificultam ou impedem possibilidades de ação;

- descrição dos pontos fortes e fracos previstos;
- encaminhamento de metas e prioridades;
- cronograma de ação;
- nomes das pessoas envolvidas e as tarefas que lhes competem;
- nomes dos patrocinadores;
- recursos necessários e fontes de apoio.

O diagnóstico deve não somente apontar os problemas, mas assinalar metas, rumos e desafios para a ação. As diretrizes do plano de ação devem ser provenientes do diagnóstico participativo. Espera-se que o coletivo de atores, ao assumir com determinação a implantação do plano, crie um consenso em torno das prioridades e consolide propostas e práticas que levarão à redução das taxas de violências e acidentes.

Seminário para construção de prioridades, metas e previsão de resultados

É muito importante que o fechamento do diagnóstico seja realizado por meio de um seminário amplo, com participação garantida de instituições, pessoas e grupos locais interessados na solução do problema. Quanto maior o número de adeptos para a elaboração do plano, maior legitimidade essa ação alcançará.

- **Prioridades** – todo problema e toda solução são uma construção social. Isso significa que, quando consideramos tudo importante, dificilmente teremos resultados claros sobre as ações que iremos preconizar. Para estabelecer prioridades, vários elementos devem ser levados em conta: magnitude e importância do problema, condições objetivas de atuação e pessoas ou grupos dispostos a trabalhar.
- **Metas** – são resultados parciais que se assinalam no projeto para serem alcançados ao longo da implementação do plano de ação. Geralmente, os teóricos do planejamento afirmam que as metas devem ser quantificadas. No entanto, podemos entender que há várias ações qualitativas que podem ser previstas e são bastante relevantes para serem avaliadas, como parte do plano de ação. Todo plano de ação deve conter metas – quantitativas ou qualitativas – a serem alcançadas em um prazo definido, que para o alcance dos resultados esperados deve ser compatível com as providências que deverão ser tomadas para o alcance dos objetivos previstos.

- **Resultados esperados** – devem ser previstos realisticamente, de acordo com a duração do plano, os recursos aplicados e a dificuldade das situações-problema. Os recursos podem ser de vários níveis: sensibilização e mobilização; formação de parcerias; formação de pessoas; articulação intersetorial; implantação de serviços e de redes; mudanças de dispositivos; mudanças de cultura; e, finalmente, podem ser de redução de violências e acidentes.
- **Indicadores** – um plano deve conter indicadores quantitativos e qualitativos que permitam inferir a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações a que se propõe. Recomenda-se que os planos sejam avaliados pelo conjunto de instituições ou pessoas que compõem as redes, formalizados e disponibilizados para conhecimento da comunidade interessada.

Estabelecimento de responsabilidades e de cronograma

Todo plano, para ser cumprido, precisa responder com clareza às seguintes perguntas:

- O que fazer?
- Como fazer?
- A quem dirigir a ação?
- Quando fazer e até quando?
- Quem é responsável pela ação?

Esses itens, operacionalmente, configuram uma planilha ou um mapa de planejamento, gestão e avaliação, permitindo ao coordenador ou gestor ter uma visão sintética do projeto.

Todo plano também precisa ter um cronograma de ação, o que permite ao seu coordenador ou gestor trabalhar com metas plausíveis de serem cumpridas e esperar determinados resultados. Por exemplo: um plano poderia estar programado para dois anos, o que significa hoje a metade de um mandato político de prefeito. Isso permitiria sua revisão e avaliação (interna e externa), correção de rumos e uma nova planilha de continuidade. Como já dissemos, todo plano, para ter sustentabilidade, precisa de continuidade.

Acompanhamento e avaliação

É fundamental que um plano de ação seja acompanhado por auto-avaliação e avaliação externa e, na sua construção, é preciso prever tempo e recursos orçamentários para realizar esses processos. A auto-avaliação se realiza dentro da mesma lógica do processo participativo e deve fazer parte da agenda de monitoramento das tarefas que para isso foram delimitadas em seus objetivos, alcance e prazos. A avaliação externa permite um terceiro olhar sobre os problemas, as estratégias, as dificuldades e a correção de rumos. Tem também um papel fundamental de avalizar as ações e o processo de continuidade e de sustentabilidade. Uma boa avaliação do plano de ação julga: sua utilidade; sua viabilidade do ponto de vista político, prático e de custo/benefício; sua dimensão ética; sua precisão técnica (FIRME, 2003; MINAYO et al., 2005).

Da avaliação externa, devem se esperar pelo menos três respostas:

- visão contextualizada da proposta;
- visão compreensiva e crítica de implantação, implementação e resultados do processo;
- demonstração dos fatores de êxito e dos limites das ações em curso.

Toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação. Seu sentido ético se alia a seu valor técnico e de responsabilidade social.

Recursos orçamentários

É claro que todo plano de ação tem um custo. Não dimensioná-lo de forma realista pode torná-lo insustentável ou, no mínimo, um projeto voluntarista fadado a se esvair quando a boa vontade das pessoas acabar. Num país como o nosso, em que os recursos financeiros são sempre escassos, a vontade política do prefeito e de seu secretariado (principalmente do secretário de saúde) é fundamental, visando à escolha desse problema como uma das prioridades de investimento e de gastos. Frequentemente, as questões relacionadas à violência e aos acidentes geram grandes prejuízos também às empresas locais e, por vezes, não é difícil conseguir apoios que se somam aos recursos públicos.

Como exemplo de plano de ação veja o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, que você encontra no site http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/Id_idoso/Id_idoso_enfr/, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

Conseguir recursos para implementar um plano de ação pode ser uma tarefa específica que, por vezes, cabe mais a pessoas que têm afinidade com esse tipo de negócio do que a um técnico, mesmo que excelente na compreensão da problemática. Qualquer pessoa que assuma a tarefa de motivar parceiros para o apoio financeiro precisa levantar os custos sociais da violência que, geralmente, são maiores e mais devastadores que os custos das ações para redução do problema.

Considerações finais

Um plano de ação deve ser escrito de forma concisa e clara. Ele é uma peça executiva, e não reflexiva, embora em seu interior esteja contida a complexidade das reflexões. A sustentabilidade de um plano é fruto de sua adequação à realidade local tanto no que se refere ao problema em pauta como à mobilização de apoios social, político e destinação de recursos. Quanto mais parcerias, discussão coletiva e diversidade de pessoas envolvidas, mais legitimidade o plano terá.

No site indicado você encontra um exemplo de plano de ação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República:

- www.presidencia.gov.br/sedh – Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa.

No entanto, a sustentabilidade de um plano também é fruto da continuidade e do aproveitamento de oportunidades. No decorrer das atividades, as informações sobre todos os itens importantes precisam ser atualizadas por meio de uma planilha de monitoramento dos dados, visando ao acompanhamento, ao gerenciamento e à execução das ações.

Referências

ABEGÃO, L. H. A gestão participativa de projetos sociais. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais*, Rio de Janeiro, out. 2003. Número piloto. Disponível em: <http//www.ltds.ufrj.br/gis>. Acesso em: 25 jan. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa*. Disponível em: < http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/Id_idoso/Id_idoso_enfr/>. Acesso em: 12 nov. 2008.

FIRME, T. P. *Avaliação em rede*. Rio de Janeiro: Rede de Informações para o Terceiro Setor, 2003. Disponível em: <http://www.rits.org.br>. Acesso em: 06 jun. 2004.

KLIKSBERG, B. Seis teses não convencionais sobre participação. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p.23-33,1999.

MINAYO, M. C. S (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

19. Avaliação de programas e ações de enfrentamento da violência e de suporte às pessoas em situação de acidentes e violências

Suely Ferreira Deslandes, Edinilsa Ramos de Souza e Cláudia Araújo de Lima

Este capítulo discute a importância da avaliação de programas e ações de enfrentamento da violência, apresentando conceitos e algumas experiências como exemplos.

Por que avaliar?

São tantas as demandas, as preocupações no dia a dia de um serviço (ou da execução de um projeto)... O tempo se torna curto diante das atividades, reuniões e dos problemas que surgem inesperadamente e precisam de rápida resolução. Quase sempre a carga de trabalho é grande e o número de profissionais e outros agentes de saúde das equipes nem sempre é suficiente. A avaliação seria uma exigência a mais? Seria mais uma, entre muitas "obrigações burocráticas"? O que, de fato, o serviço ou projeto ganham ao investir num processo de avaliação?

Os itens "Por que avaliar?" e "O que é avaliação?", apresentados neste capítulo, foram adaptados de original de autoria de Suely Deslandes, publicado pela Coordenação Nacional de DST-Aids (BRASIL, 2002).

A credibilidade de um projeto/serviço que avalia seus resultados, a qualidade do cuidado prestado e o custo-efetividade de suas ações é bem maior do que o de propostas que não têm essa preocupação. Como saber se as ações estão cumprindo seus objetivos? Como saber se os recursos estão sendo bem empregados, se os executores das ações têm as condições adequadas para realizá-las? Como saber se a forma de realizar as ações está em consonância com o que preconizamos? Como saber se o público-alvo da ação está satisfeito e adere às propostas do serviço? Quais são os resultados alcançados com o trabalho? Que avanços, resistências e problemas surgem com a implementação das ações?

A avaliação proporciona um ganho de legitimidade pública e institucional. Aqueles que se preocupam com isso revelam um compromisso com a população, com os parceiros e com os órgãos financiadores.

A avaliação possibilita um ganho de competência técnica e gerencial. A partir dela é possível rever estratégias, redimensionar objetivos e necessidades de suporte.

Em resumo, a avaliação permite que a equipe executora do projeto – coordenador, supervisores, consultores, agentes de saúde, agentes multiplicadores – possa analisar o projeto nos seguintes aspectos:

1. adequação de seus objetivos: são possíveis, factíveis? Foram bem dimensionados para os recursos e tempo disponíveis?;

2. suficiência e pertinência dos meios e insumos empregados;

3. efetividade das atividades e estratégias utilizadas para alcançar os fins desejados;

4. efeitos e resultados.

A avaliação proporciona um ganho informacional para os serviços. Ela acaba criando uma demanda de sistematicidade de registro.

Como avaliar, sem ter uma organização interna mínima para registrar as atividades, os insumos empregados, os produtos obtidos, os efeitos e resultados alcançados?

Há, na trajetória da avaliação, um ganho de reflexão crítica.

Toda avaliação desencadeia um processo interno de discussão, de debate sobre os obstáculos encontrados; do papel que cada um desempenhou para a situação atual e para a superação das dificuldades. Há, inevitavelmente, uma comparação, um confronto entre as estratégias propostas e a realidade encontrada no dia a dia das ações: quanto cada fator, cada ator colaborou para o projeto atingir seus propósitos.

A avaliação possibilita compartilhar saberes e experiências.

Aprender com as lições, com os acertos e erros, com a criatividade dos envolvidos no planejamento e na execução das ações é um patrimônio precioso para todos os que atuam em serviços ou projetos ligados ao cuidado das vítimas de acidentes e violências e voltados para a prevenção dessas situações.

Na avaliação se ganha, finalmente, maior competitividade na busca de recursos de financiamento, cada vez mais limitados.

Além de todos esses argumentos, não podemos ignorar que a avaliação é cada vez mais considerada uma pré-condição para obter novos subsídios de financiamento ou renovar os já existentes. Por várias razões, portanto, precisamos "prestar contas" das ações e intervenções realizadas, de seus resultados e de sua efetividade.

O que é avaliação?

No contexto das ações, de projetos e serviços de saúde existe, na atualidade, interesse e investimento crescente em processos de avaliação (AGGLETON, 1995). Mas o que significa avaliar?

Há diferentes conceituações sobre o que é avaliação. Em linhas gerais, uma avaliação é um tipo de investigação sistemática do mérito, valor ou importância de um projeto, serviço ou ação. No final do processo avaliativo, esperamos que seja feito um juízo de valor sobre o programa, serviço ou ação avaliada (se é útil, efetivo, eficaz).

A Organização Pan-Americana da Saúde (1989) assim define esse processo: "Avaliar é o processo de coleta e análise de informações sobre a eficácia e o impacto de cada uma das fases específicas do programa ou do programa como um todo".

Outra definição é a de Aguilar & Ander-Egg (1994) apresentada a seguir:

> A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos, comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para a tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou fracasso de seus resultados.

O conceito apresentado descreve a avaliação como uma ação que emprega métodos próprios e reconhecidos como válidos, visando analisar as conquistas de um projeto inteiro ou de uma de suas fases. Destina-se, de forma pragmática, a orientar a tomada de decisões, respondendo se aquela ação deve continuar a ser realizada, se deve ser modificada ou ser suspensa.

Uma definição bem sintética é a fornecida por Minayo et al. (2005, p. 23): "Em sentido bem amplo avaliar significa julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo. Tecnicamente, esse processo é realizado com procedimentos sistemáticos".

A partir de qualquer definição, podemos dizer que uma avaliação deve levar em conta:

- a adequação entre objetivos, estratégias propostas e recursos utilizados, considerando o contexto em que o projeto, a ação ou o serviço estão sendo implementados;

- a adequação da estrutura organizacional para realização do trabalho proposto;
- o quanto os objetivos e metas foram atingidos;
- a qualidade dos serviços prestados e dos resultados;
- a sustentabilidade da ação ou do projeto.

Monitoramento, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (1989), é diferente de avaliação. Monitoramento pode ser definido como "o processo de coleta e análise de informações sobre a implementação do programa: envolve uma verificação regular para ver se as atividades do programa estão sendo realizadas conforme o planejado, de forma que os problemas possam ser detectados e resolvidos".

O monitoramento, na medida em que analisa o projeto durante sua execução, é uma atividade que se incorpora ao cotidiano, dando retorno imediato quanto aos progressos e quanto aos problemas e às dificuldades encontradas. Assim, embora monitoramento e avaliação sejam processos distintos, são também complementares. Naturalmente não podemos deixar de considerar o monitoramento como uma atividade importante de avaliação.

Há ainda muitas resistências à prática de avaliação. Alguns gestores temem ter seu serviço avaliado, achando que isso poderia levá-los a perder capital político. Outros consideram que avaliar é um desperdício de recursos. De qualquer forma, podemos dizer que hoje, cada vez mais, há um reconhecimento nacional e internacional quanto à necessidade de incorporar ações avaliativas na rotina de execução dos projetos de saúde. Podemos perceber um considerável incentivo para adotar as formas mais práticas de avaliação, permitindo sua incorporação como parte da realização dos projetos.

Avaliação das iniciativas de registro, cuidado e prevenção das situações de acidentes e violências

O campo das ações que dizem respeito ao registro, ao atendimento às vítimas e às iniciativas de prevenção é bem amplo. Infelizmente, insuficiente tem sido o empreendimento na avaliação dessas ações, criando uma adicional margem de incertezas sobre sua adequação e resolutividade.

Em consulta preliminar à base SciELO (www.scielo.br), em 2006 podemos perceber que existem poucos artigos sobre avaliação na área da violência. Naturalmente, é preciso ressalvar que essa base opera apenas com artigos de um acervo de periódicos indexados, não incluindo dissertações, teses, relatórios de pesquisas ou livros. A base possui 244 artigos relacionados à temática da violência; entretanto, apenas 24 foram

correlacionados à chave "avaliação". Quando analisados os títulos, percebemos que esse pequeno acervo é na realidade ainda menor, pois há uma parcela dele que avalia instrumentos (escalas) para identificação de situações de violências. Outra parcela de artigos se dedica a avaliar experiências de atendimentos às vítimas e a analisar a qualidade dos registros sobre eventos violentos. Os textos citados encontram-se referenciados ao final do capítulo.

Procedendo à mesma consulta sobre o que foi publicado na temática "acidentes", encontramos 158 artigos. Quando refinada a busca, adicionando a chave "avaliação", achamos 17 artigos, dos quais restam quatro quando os títulos são examinados.

Felizmente, algumas iniciativas importantes têm surgido, consolidando pouco a pouco uma cultura de avaliação e integrando o conhecimento crítico com a proposição construtiva de novos rumos de atuação.

O Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), tem desenvolvido algumas avaliações nos últimos anos, na perspectiva metodológica da triangulação de métodos. Os pesquisadores buscam articulação de diferentes olhares disciplinares (das ciências sociais, da epidemiologia, da estatística, entre outros saberes), distintos métodos e técnicas (de natureza quantitativa e qualitativa), incluindo diversos sujeitos (avaliadores, executores, gestores e usuários).

Exemplo de avaliação de programa de prevenção à violência

No período de 2003 a 2004 foi realizada uma avaliação de serviços que atendem crianças, adolescentes e familiares envolvidos nas dinâmicas de violência doméstica. Foram analisados dez projetos realizados por organizações governamentais e não governamentais, distribuídos nas cinco regiões do país. Os serviços avaliados foram escolhidos levando-se em conta: a capacidade de suporte e inclusão da família para o cuidado responsável com os filhos e os resultados das ações a esse respeito.

Esses serviços foram caracterizados nas suas rotinas, conquistas e dificuldades. Foram avaliadas as condições de realização das ações, bem como as representações dos profissionais sobre o papel dos familiares numa proposta de superação da violência intrafamiliar. As metodologias empregadas pelos serviços, seus parâmetros de adesão e sucesso foram

Sobre o assunto, leia *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*, de Suely F. Deslandes, Simone G. Assis e Helena O. Silva (2004).

analisados, além de suas estratégias para trabalhar as famílias mais resistentes aos processos de intervenção. Os resultados também foram examinados sob a ótica dos familiares e profissionais.

Em um outro estudo, Minayo & Gomes (2006) analisam experiências exitosas no enfrentamento e na prevenção da violência entre populações mais vulneráveis.

Os objetivos desse estudo foram:

1. conhecer em profundidade as ações desenvolvidas pelas instituições, especialmente as que vêm obtendo resultados positivos em relação à prevenção da violência e à promoção da saúde;

2. compreender as especificidades dessas experiências exitosas e indicar possibilidades de enfrentamento do problema.

A pesquisa utilizou a estratégia de estudos de caso, seguindo princípios da triangulação de métodos. Foi aplicado um questionário padronizado acerca dos dados gerais de cada experiência; foram realizadas entrevistas de grupo (grupo focal) com técnicos das equipes das experiências e entrevistas individuais com coordenadores, usuários e familiares, para compreender suas percepções sobre o atendimento. Realizamos ainda "observação de campo", buscando dados complementares aos depoimentos.

Foram estudadas as seguintes experiências: Agência UGA-UGA, em Manaus (Norte); Centro de Cultura Negra, em São Luís (Nordeste); Movimento de Saúde Mental, em Fortaleza (Nordeste); Programa Sentinela, em Cuiabá (Centro-Oeste); Circo de Todo Mundo, em Belo Horizonte (Sudeste); Luta pela Paz, no Rio de Janeiro (Sudeste); Construção da Paz/Colégio Eduardo Guimarães, no Rio de Janeiro (Sudeste); Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo (Sudeste); e Centro Social Marista de Porto Alegre (Sul).

Além dessas experiências, foram analisadas as potencialidades e os limites para a construção de redes de prevenção à violência. Os pesquisadores buscaram compreender o sentido das ações e do movimento em rede, envolvendo iniciativas existentes em Curitiba (PR) e iniciantes em Florianópolis (SC). A primeira delas tem como foco ações nas áreas da saúde, educação e assistência social, e a segunda, as atuações do ministério público, conectando vários setores governamentais e não governamentais.

Os resultados divulgam que os principais êxitos relatados são: informação para a cidadania; preparação para o trabalho; envolvimento de crianças e adolescentes em atividades lúdicas e educativas, e fortalecimento da auto-estima dos jovens e crianças participantes. As maiores dificuldades das experiências são a manutenção financeira e articulação de suas propostas com as de outros grupos e instituições. O estudo leva a concluir que os projetos de prevenção analisados, ainda que não sejam os únicos bem-sucedidos no país, apontam para um horizonte novo pela forma como atuam, inovando e criando uma práxis diferenciada na abordagem da violência.

Você pode saber um pouco mais sobre esses trabalhos lendo os artigos:

- *Success and limitations in the preventions of violence: a case study of nine Brazilian experiences*, de Romeu Gomes, Maria Cecília de S.Minayo, Simone G. de Assis, Kathie Njaine e Miriam Schenker (2006).
- *Redes de prevenção à violência: da utopia à ação*, de Kathie Njaine, Simone G. Assis, Romeu Gomes e Maria Cecília de S. Minayo (2006).

Em relação às redes, a avaliação aponta que é difícil trabalhar com essa estratégia, pois estamos acostumados à fragmentação setorial e profissional. Para o êxito da organização em rede, faz-se necessário: romper com a lógica do trabalho setorizado e verticalizado; promover o exercício constante de comunicação e de troca de informações; capacitar permanentemente os profissionais e pessoas que se envolvem na rede; incorporar a família nas ações de proteção e de prevenção; e promover a participação de amplos setores sociais.

Em síntese, pode-se afirmar que a construção de uma rede de proteção demanda etapas complexas, um novo olhar para o mesmo problema e a utopia para plantar soluções.

Exemplo de avaliação de programa preventivo aos acidentes de trânsito

Diante do impacto e da magnitude dos acidentes de trânsito, em 2001 o Ministério da Saúde estimulou, em alguns municípios do país, o desenvolvimento e a implantação de um programa de prevenção dos acidentes de trânsito, a partir da ótica de promoção da saúde e da qualidade de vida. Criou o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (PRMMAT) e introduziu o problema do trânsito na pauta de suas ações, a partir do repasse do DPVAT e da inédita aplicação dos recursos desse seguro nas ações para as quais ele sempre havia sido destinado.

Essa iniciativa teve o amparo legal no Decreto n. 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde: 90% desse montante para ser usado na prevenção e no atendimento às vítimas de acidentes de trânsito e 10% para

repasse mensal ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito, para aplicação exclusiva em programas de prevenção.

Os gestores do setor saúde foram instados a elaborar e a negociar seus projetos, com foco especial nas ações de capacitação para os profissionais envolvidos com o tema do trânsito, abrangendo diversas instituições e setores, e em ações para a melhoria, implantação ou integração dos sistemas de informações sobre acidentes de trânsito nos municípios, com vistas ao monitoramento e vigilância desses eventos.

Consulte o relatório final da pesquisa de Maria Cecília de Souza Minayo e Edinilsa Ramos de Souza, *Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba* (2006).

Inicialmente, foram conveniadas cinco capitais que tinham elevadas taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, situadas nas diferentes regiões do país. Assim, desse projeto-piloto participaram as cidades de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba. No ano de 2004, o projeto foi ampliado, incluindo mais 11 municípios.

Desde o início do desenvolvimento do projeto, o Claves foi incumbido de realizar uma avaliação estratégica sobre a execução do convênio nesses cinco municípios brasileiros. Tal iniciativa trouxe, portanto, a novidade de ser acompanhada, desde sua concepção, por uma pesquisa avaliativa, o que lhe garantiu elementos reais para monitorar o que acontecia e a possibilidade de generalização da proposta, pelo menos em alguns aspectos.

Foi adotada a estratégia de triangulação de métodos. Usamos abordagem quantitativa e qualitativa para análise da implementação do programa. Na abordagem quantitativa, foi feito um panorama epidemiológico dos dados sobre acidentes de trânsito em cada município, com informações de diversas instituições. Para abordagem qualitativa, os pesquisadores realizaram entrevistas, observações de campo e relatórios auto-avaliativos em cada município. Estes últimos foram preenchidos pelo coordenador do programa, em cada cidade, detalhando as ações em desenvolvimento e as que estavam projetadas.

Foram usados e analisados vários indicadores quantitativos e qualitativos referentes a:

1. histórico de chegada do projeto ao município;

2. equipe;

3. dados institucionais de morbimortalidade por acidentes de trânsito, para realizar o diagnóstico situacional;

4. ações (capacitação, sensibilização, produção de materiais e ações de segurança, como blitz, integração e monitorização dos sistemas de informação) e custos das ações.

Exemplo de avaliação da Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências

Em curso no período de 2005 a 2007, a avaliação *Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências* toma como perspectiva geral contribuir para o avanço da incorporação do tema das violências e acidentes como objeto da atenção do setor saúde. Propõe o desenvolvimento de instrumentos de análise diagnóstica sobre a implantação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (2001). Elege cinco capitais onde os índices de violências são muito altos e busca mapear os principais serviços que atendem vítimas de violências e acidentes nos níveis de pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação.

A pesquisa tem como objetivos:

1. analisar a organização dos serviços de atenção a acidentes e violências nas referidas capitais;

2. analisar a situação dos serviços de atenção em relação ao problema em pauta em cada uma dessas capitais evidenciando: a descrição do sistema, os pontos positivos, as lacunas e as necessidades de adequação para atender às diretrizes da Política Nacional;

3. propor uma metodologia de avaliação específica para esse tipo de serviço que possa ser generalizada e permita produzir comparações.

Exemplo de avaliação de um tipo específico de violência

Outra experiência foi a avaliação dos serviços de atenção à violência sexual, desenvolvida no período de 2005 a 2006, proposta pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Centro de Pesquisas Materno-Infantil de Campinas/Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Cemicamp/Unicamp).

Esse trabalho teve como objetivos: levantar o número e a localização de serviços de atenção à saúde com atendimento a mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual em todo o país; e analisar a

situação dos serviços no período proposto, apresentando um quadro da realidade nacional nesse foco específico da violência.

O Ministério da Saúde realizou seminários macrorregionais de avaliação técnico-operacional para gestores e profissionais, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, hospitais de referência em atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Justiça.

Esses seminários tinham por objetivo identificar as principais dificuldades e potencialidades dos serviços localizados nos grandes centros urbanos, buscando soluções de curto e médio prazos para organização da atenção, estabelecimento de normas gerais de atendimento, apoio psicossocial, manutenção dos medicamentos para anticoncepção de emergência, profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis e Aids, vacinas contra a hepatite B, procedimentos legais e notificação da violência sofrida. As avaliações foram feitas em conjunto e resultaram em publicação que fornece um retorno aos serviços sobre as ações propositivas nas esferas de governo.

Os exemplos e metodologias específicas citados mostram que é importante e possível realizar avaliações nacionais, regionais e locais para ações de governo, de projetos ou mesmo de serviços, criando possibilidade de continuidade, correção de rumo e melhoria de qualidade das propostas.

Certamente, experiências locais de avaliação podem estar sendo desenvolvidas, algumas em seu próprio município, e o levantamento delas pode ser um excelente exercício de observação.

Referências

AGGLETON, P. *Monitoramento e avaliação de educação em saúde e promoção da saúde voltada para o HIV/Aids*. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ALVES, A. M.; COURA-FILHO, P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 243-257, 2001.

BARROS, A. J. D. et al. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 979-986, 2003.

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Validação de variáveis de declarações de óbito por causas externas, Recife, PE, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 301-306, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM n.737, de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

BRASIL. Secretaria de Política de Saúde. Coordenação de DST-Aids. *Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Projetos de Organizações Comunitárias para Prevenção de DST-Aids*. Brasília, 2002.

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 367-372, 2000.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S.G.; SILVA, H.O.(Coord.) *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais?*: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: CLAVES; UNICEF, 2004.

DRUMOND JUNIOR, M. et al. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 273-280, 1999.

FARAGE, L. et al. As medidas de segurança no trânsito e a morbimortalidade intra-hospitalar por traumatismo craniencefálico no Distrito Federal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 163-166, 2002.

FREITAS, C. M.; PORTE, M. F. S.; GOMEZ, C. M. Acidentes químicos ampliados: um desafio para a saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 503-514, 1995.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; MELLO-JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.

GOMES, R. et al. Success and limitations in the preventions of violence: a case study of nine Brazilian experiences. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 397-408, 2006.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-553, 1999.

HÍJAR-MEDINA, M. C. et al. Factores de riesgo de lesión por accidentes de tráfico y el impacto de una intervención sobre la carretera. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 505-512, 1999.

MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. ; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento, II: mortes por causas externas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 212-223, 2002.

MELLO-JORGE, M. H. P.; LATORRE, M. R. D. O. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p. 19-44, 1994.

MENEGHEL, S. N. et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 747-757, 2000.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, R. (Coord.). *Experiências exitosas na prevenção da violência*. Rio de Janeiro: Claves, 2006. Relatório final de pesquisa.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. *Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução de Morbimortalidade por acidentes de trânsito*: Municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba. Rio de Janeiro: Claves, 2006. Relatório Final de Pesquisa.

NJAINE, K. et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 405-414, 1997.

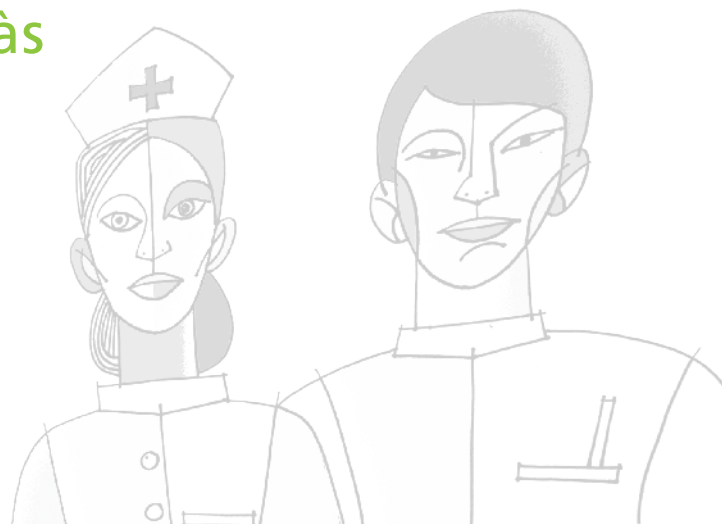
NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 429-438, 2006.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 376-382, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evaluación de servicios de la salud materno-infantil*. Washington, D.C., 1989.

YUNES, J.; ZUBAREW, T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafio para la región de las Américas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 102-171, 1999.

20. Gestão em saúde e a mídia na prevenção e atenção às situações de violência

Edson Silva e Cláudia Araújo de Lima

Neste capítulo discutimos a importância do estabelecimento de assessorias de imprensa junto às gestões de saúde e as possibilidades de contribuição da mídia no enfrentamento da questão dos acidentes e violências.

Por meio da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde reconhece a violência como um dos principais problemas de saúde pública e de cidadania no Brasil.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências está disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/acidentes_violencias.htm.

De acordo com Santos (2004), em seu estudo sobre a implantação da política específica, torna-se possível abordar o tema e toda a sua transversalidade nos diferentes grupos vulneráveis, nos diversos setores da sociedade e a partir dos mais diferenciados eventos externos geradores de danos à saúde.

As políticas públicas de saúde para os acidentes e violências destacam os aspectos de promoção da saúde e prevenção dos acidentes e violências. Contudo, os agravos à saúde decorrentes do conjunto de eventos acidentais e violentos que matam ou geram lesões necessitam ser mais bem conhecidos tanto do ponto de vista do próprio setor, pelos registros, como também pela própria sociedade. Assim, a mídia tem um papel importante na divulgação dos acidentes e violências e de suas formas de prevenção.

O diálogo necessário dos gestores com a mídia no enfrentamento da violência

A parceria com a mídia, por meio do diálogo entre a gestão municipal, estadual e federal e a sociedade, pode contribuir para apontar fatores facilitadores e dificuldades na implantação da política pública para os acidentes e violências. Pode ainda, com entrevistas, debates, reportagens, artigos, editoriais, comentários, além do noticiário regular, indicar formas de como superar tais obstáculos.

Para tanto, o gestor deve buscar conhecer os meios de comunicação disponíveis em seu espaço regional, estabelecer contatos e conduzir os diálogos com a imprensa de forma harmoniosa. Além disso deve orientar toda a sua equipe para posicionar-se como fonte pessoal e facilitadora do acesso a fontes documentais como relatórios periódicos, indicadores, leis, portarias e estudos publicados. Como servidores públicos, o secretário de saúde, o diretor de hospital, o responsável pela unidade de saúde ou serviço devem assumir responsabilidade quanto às informações que precisam ser disponibilizadas para a população.

Em contrapartida, o jornalista que conhece bem a realidade do setor saúde, suas dificuldades, suas potencialidades pode ajudar a qualificar melhor o noticiário para que sejam apresentadas informações confiáveis para a população, pautadas em critérios técnicos e éticos necessários à produção jornalística.

A imprensa ainda hoje é vista por muitos profissionais da saúde como um bicho-papão que amedronta. Certamente, ela pode criar problemas ao produzir entrevistas e reportagens sobre os serviços mostrando apenas aspectos negativos e não valorizando os bons serviços e os bons profissionais.

Para a mídia, por exemplo, é importante que seja divulgada a notícia de quantos feridos ou acidentados deram entrada nas emergências dos hospitais de Maceió, do Rio de Janeiro, de Brasília, de Porto Alegre, de Araraquara ou de qualquer outro lugar do país e de como o atendimento é percebido pela população. Mas também é importante divulgar os problemas que os serviços de saúde vivenciam em relação a esse tipo de atendimento, o que é feito para salvar vidas, apoiar pessoas em situação de violência e o que é preciso melhorar para acolhê-las em suas

necessidades. Sem esses contrapontos fica difícil para a população avaliar as dificuldades e os esforços que o setor saúde enfrenta para atender os acidentes e violências.

A importância da assessoria de imprensa especializada na relação do gestor público com a mídia e com a sociedade

A mídia, e o jornalismo em particular, é um espaço de representação social importante, em que temas como a saúde e a violência ocupam um lugar privilegiado, por produzir sentidos em relação à vida e à morte. Nesse ponto, destaca-se a relevância da relação da imprensa com a gestão e a opinião públicas.

As informações produzidas pelas instituições jornalísticas, como notícias, reportagens, editorias, artigos, comentários, por exemplo, são construções e fazem parte da atividade dos profissionais de imprensa.

Leia o artigo *O papel da mídia no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes*, de Edson Silva (2005), que mostra como podemos nos apropriar do jornalismo como ferramenta de trabalho nos setores da saúde.

Esses profissionais, no entanto, para garantir o trabalho cotidiano, recorrem a fontes pessoais e documentais, num processo de pesquisa permanente para a composição das dezenas de pautas que diariamente se transformam em matérias.

A busca de informações que subsidiam as pautas pode ser feita diretamente com as autoridades. Contudo, considerando a pouca disponibilidade de tempo das partes – jornalista e gestor público –, é importante haver uma mediação assumida por um profissional da área de comunicação – jornalismo, relações públicas, publicidade e propaganda – compreendida como assessoria de comunicação social. Esse serviço facilita as relações necessárias entre a mídia e a gestão pública.

Para refletir

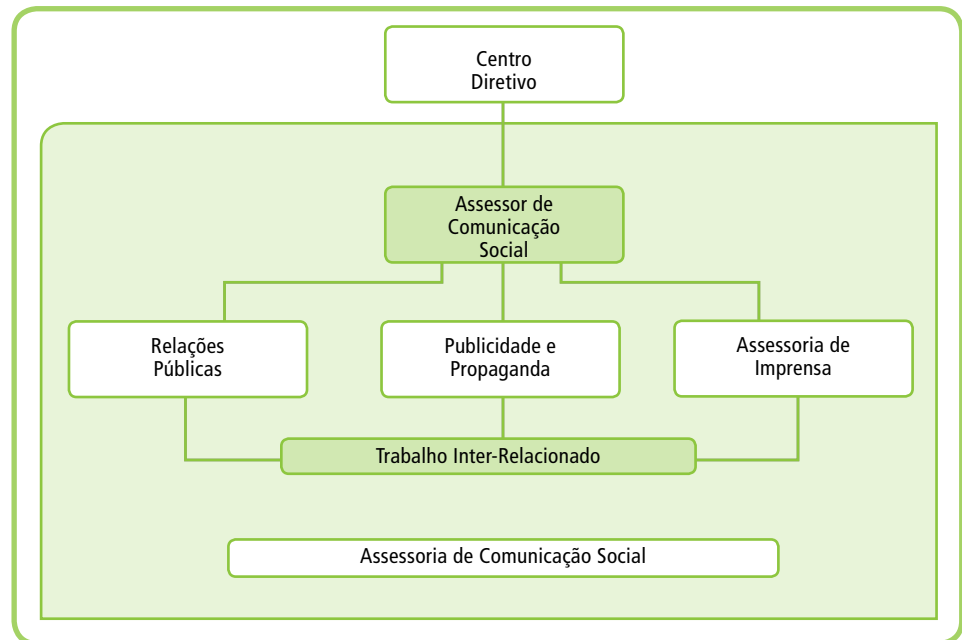
Há assessoria de imprensa em sua realidade local? Em caso afirmativo, como ela acontece? Caso não haja, o que poderá ser feito?

Kopplin & Ferraretto (1993) afirmam que

> para aprimorar o fluxo de informações com seus públicos interno e externo, as instituições utilizam serviços de uma assessoria de Comunicação Social, que podem ser realizados por um

departamento interno, contratados de terceiros ou, ainda, oferecidos através de uma forma mista, combinando as duas anteriores. A ACS presta um serviço especializado, coordenando as atividades de comunicação de um assessorado com seus públicos e estabelecendo políticas e estratégias que englobam iniciativas nas áreas de Jornalismo (assessoria de imprensa), Relações Públicas e Publicidade e Propaganda (Figura 1).

Figura 1 – Posição da assessoria de imprensa no organograma institucional

Centro Diretivo
Assessor de Comunicação Social
Relações Públicas
Publicidade e Propaganda
Assessoria de Imprensa
Trabalho Inter-Relacionado
Assessoria de Comunicação Social

Fonte: Kopplin & Ferraretto (1993).

É importante observar que os serviços de comunicação social, principalmente o de assessoria de imprensa ou a relação direta com a mídia, têm culturalmente no Brasil um caráter instrumental e utilitário, em contraposição à necessidade de uma política estratégica de comunicação. Uma política pública de comunicação em saúde deve adotar o assessoramento em comunicação como um dos componentes importantes da gestão. E vice-versa: os gestores e profissionais precisam subsidiar a mídia com informações seguras, atuais, universais e no tempo apropriado, de forma a garantir a difusão coletiva. A área de comunicação pode abrir espaços valiosos para o gestor público, construir visibilidade das ações e instituir um canal de diálogo regular, permanente e sincero com as instituições jornalísticas e profissionais.

O trabalho de assessoria de imprensa – atividade relacionada à atividade jornalística – muito pode fazer para a criação e alimentação de um processo

dialógico entre gestão pública e mídia jornalística, e consequentemente com a sociedade, no processo de formação da opinião pública.

Entendemos por opinião pública, segundo o *Dicionário de comunicação*:

> O agregado das opiniões predominantes em uma comunidade. Juízo de valor (subjetivo) que advém de uma situação objetiva (um fato concreto) e se manifesta objetivamente. A opinião pública manifesta-se e se modifica coletivamente sem ser necessariamente condicionada pela aproximação física dos indivíduos, e não implica o conhecimento do assunto sobre o qual se opina. Nela interferem fatores psicológicos, sociológicos e históricos (RABAÇA; BARBOSA, 2001, p. 39).

Por um processo informativo, parte da política pública de comunicação adotada pela gestão pública pode formar consensos de compreensão sobre um determinado fenômeno ou realidade, como é o caso da prevenção dos acidentes e violências. Nesse caso, poderíamos até falar de uma informação-comunicação preventiva. A assessoria opera a partir da utilização de procedimentos e ferramentas próprios, de forma a prestar serviços informativos à coletividade e construir a visibilidade do setor saúde.

Quanto aos procedimentos técnico-profissionais, a relação entre o jornalista-assessor e o assessorado deve ser a de orientação nos contatos com os profissionais e os veículos de comunicação. O assessor é o responsável pela preparação de todos os instrumentos de comunicação, como *releases*, resumos sobre determinados assuntos, produção de textos para artigos, comentários, notas à imprensa, cartas do leitor, organização de entrevistas coletivas ou exclusivas, entre outras atividades. Contudo, a resposta às questões pertinentes à pauta proposta – seja ela por iniciativa do profissional ou da assessoria – cabe ao assessorado, de forma a atender satisfatoriamente às expectativas dos jornalistas.

Com o objetivo de prevenir mal-entendidos e problemas de divulgação no relacionamento da instituição com os veículos de comunicação, o jornalista da assessoria de imprensa orienta o assessorado, principalmente quando se trata de contato direto com a mídia. É conveniente que as instruções ocorram não apenas verbalmente, mas também por material escrito que possa ser consultado nos momentos em que se apresentem demandas para a divulgação de informações por meio de entrevistas. As orientações devem prever, entre outras situações: normas de procedimentos; ênfase em determinados aspectos da informação a ser

divulgada; comportamento diante de equipamentos como microfone e câmera de televisão, incluindo a postura física em estúdios.

Recursos que promovem a visibilidade dos assuntos e relação da instituição com a imprensa

O assessoramento de comunicação, particularmente o de assessoria de imprensa, exige investimentos em infra-estrutura relacionada à utilização de tecnologias (equipamentos), bem como pessoal e espaço físico. Entre os recursos materiais estão telefone, fax, computador (com acesso à internet, de preferência com banda larga), rádio-gravador, televisão aberta e a cabo, videocassete, DVD, máquina fotográfica, filmadoras, impressos padronizados de divulgação, assinatura de jornais e revistas, material de expediente (consumo), material de apoio (mapas, dicionários, gramáticas, enciclopédias, entre outros). Quanto aos recursos humanos, a assessoria de imprensa deve contar com jornalistas, estagiários (se a legislação profissional permitir), técnicos de áudio e vídeo, *webdesigners/webmasters*, fotógrafos, monitores de rádio e televisão (escuta), secretária e office-boy. A assessoria deve ter espaço físico próprio e estratégico, situando-se perto da direção da organização, o que facilita a relação entre assessorado e assessor.

Entre os produtos/instrumentos que podem ser gerados pela assessoria de imprensa, a seguir destacamos alguns.

- *Release*

Destinado aos veículos de comunicação, é redigido em linguagem com critérios essencialmente jornalísticos. Geralmente contém as informações que devem servir de apoio para o desenvolvimento das pautas. Em alguns casos, principalmente no interior do país, observamos a utilização do *release* como matéria final. Isso empobrece tanto o processo de produção da informação nas empresas jornalísticas como a fonte de informação, uma vez que a cobertura fica reduzida ao que foi enviado pela assessoria, não gerando produtos como entrevistas, reportagens, em suma, outras abordagens mais investigativas.

- *Release* especial

Tem características de reportagem, e não de simples notícia. É produzido para divulgar o lançamento de um produto ou para gerar notícia sobre

um evento, e tem como principal marca a contextualização do assunto. A sua utilização estará submetida às regras da redação do jornal.

- Artigo

Como se pode ver no texto de SILVA (2005), o artigo é um dos gêneros abertos que podem advir de colaboradores especializados, como forma de contribuição no processo de discussão de determinados assuntos de interesse social, não apenas do assessorado e do veículo de comunicação. No caso das abordagens sobre o tema violência e saúde, seria um instrumento muito útil, por seu caráter reflexivo.

- Carta do leitor

O gestor em saúde pública, como autoridade da área, inscreve-se também como um leitor. E por esse motivo pode servir-se do expediente da "Carta do leitor" na sua relação com a mídia jornalística. Atento às publicações diárias e semanais que cobrem o setor, o assessor de imprensa alerta o assessorado para a necessidade de observações, retificações e reconhecimento do mérito dos conteúdos veiculados pelos meios impressos, eletrônicos e digitais, sugerindo intervenções que julgar necessárias para a boa compreensão dos consumidores da informação. Basta um contato com a redação do veículo e a disponibilização da carta.

- Nota oficial

Utilizada em momentos críticos que exigem uma manifestação definida do assessorado. Pode ser enviada aos jornais ou publicada como matéria paga.

- Entrevista coletiva

Recurso muito utilizado pelas assessorias de imprensa para que o assessorado possa disponibilizar informações aos veículos de comunicação, posicionando-se quanto a um determinado assunto de interesse da sociedade. Pode ser espontânea ou provocada pela imprensa, contando com a participação de vários profissionais. Nesse caso, o jornalista-assessor, além da apresentação do gestor, faz um resumo (*briefing*) sobre o assunto em pauta. Em seguida, abre para as perguntas que devem ser respondidas pelo assessorado.

- Entrevista exclusiva

Neste caso a iniciativa parte do veículo de comunicação, que pauta um assunto relevante como decorrência de uma série de coberturas já reali-

zadas. Esse recurso prevê a participação do assessorado, que estabelece um diálogo com um ou mais jornalistas. As perguntas básicas e o teor da entrevista podem ser encaminhados com antecedência ou efetivados no momento para o qual foi agendado o encontro.

- Conferência de imprensa

Recurso pouco utilizado nos últimos tempos pelas autoridades públicas brasileiras, porém importante para a compreensão das políticas públicas. Trata-se de um momento especial que deve ser provocado pelos gestores com o auxílio efetivo das assessorias, e que conta com a presença de toda a imprensa de uma localidade ou dos veículos de circulação regional e nacional. É uma espécie de "prestação de contas" sobre projeto, programa ou política anteriormente anunciada. Assim, a autoridade deve contar com um tempo razoável para a exposição de resultados, justificativa e os efeitos provocados na vida dos cidadãos. Após a exposição detalhada com conceitos, números, gráficos, mapas, entre outros recursos informativos, em geral há uma abertura para perguntas dos jornalistas. Geralmente as conferências remetem a novas pautas, a critério de cada veículo de comunicação.

É recomendável que o gestor público, com o trabalho estratégico da assessoria de imprensa, explore as reais possibilidades para a ocupação de espaços midiático-jornalísticos, constituindo-se, assim, como mais um ator que contribui para o debate em torno dos temas relevantes envolvendo a coletividade.

A Federação Nacional dos Jornalistas (Fenaj) é a principal defensora da ideia de que todo cidadão pode escrever em jornal, resguardadas as funções jornalísticas. Essa possibilidade está prevista no Art. 5º do Decreto n. 83.284, de 13 de março de 1979:

> O Ministério do Trabalho concederá, desde que satisfeitas as exigências constantes deste decreto, registro especial ao colaborador, assim entendido aquele que, mediante remuneração e sem relação de emprego, produz trabalho de natureza técnica, científica ou cultural, relacionado com a sua especialização, para ser divulgado com o nome e qualificação do autor (BRASIL, 1979).

Referências

BRASIL. Decreto-Lei n. 83284, de 13 de março de 1979: dá nova regulamentação ao Decreto-Lei n. 972, de 17 de outubro de 1969, que dispõe sobre o exercício da profissão de jornalista, em decorrência das alterações introduzidas pela Lei n. 6612, de 07 dez. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM n.737, de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

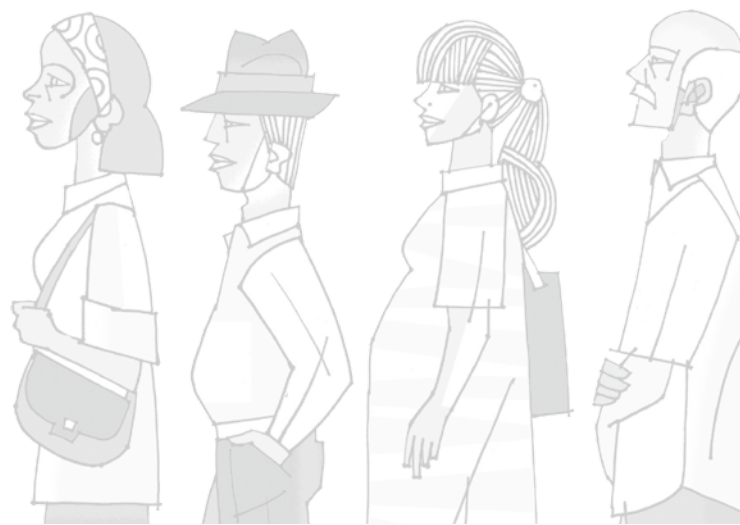
KOPPLIN, E.; FERRARETTO, L. A. *Assessoria de imprensa*: teoria e prática. Porto Alegre: Sagra-DC Luzatto, 1993.

RABAÇA, C. A.; BARBOSA, G. *Dicionário de comunicação*. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

SANTOS, C. A. *Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*: a experiência do Estado do Amapá. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004. 119 p.

SILVA, E. *O papel da mídia no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes*. [S. l.], A07 set. 2005. Disponível em: < http://www.caminhos.ufms.br/html/artigo_edson_silva.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2008.

21. Redes de prevenção à violência e de proteção no âmbito da gestão em saúde

Luciana Phebo, Kathie Njaine e Simone Gonçalves de Assis

Neste capítulo refletimos sobre a possibilidade de estruturação do setor saúde em redes de prevenção à violência e de proteção aos grupos vulneráveis, e sua articulação com os demais setores da sociedade. Os temas abordados na Parte II deste livro suscitam a necessidade dessa reflexão. Optamos por utilizar rede de prevenção e rede de proteção como possibilidades similares de o setor saúde atuar no enfrentamento da violência.

Inicialmente, buscamos discutir a importância da constituição de redes de prevenção aos acidentes e violências. Também abordamos a relevância de redes sociais como fator de proteção às pessoas e às comunidades.

Não existe um modelo de rede de prevenção ou rede de proteção. Esta estratégia tem sido visto por muitos profissionais e pela própria sociedade civil brasileira como um dos caminhos mais promissores para lidar com a questão da violência. A ideia de rede remete aos sentimentos de apoio, suporte e solidariedade necessários não só para compreender, mas também para atuar no enfrentamento da violência.

Rede é definida por Castells (2000) como um conjunto de "nós" que se encontram conectados. Segundo o autor, as redes são estruturas abertas que podem se expandir, formando novos nós, abrindo novas possibilidades de comunicação e de articulação entre as pessoas e as instituições que delas fazem parte. Para que os profissionais que atuam na atenção aos acidentes e violências construam um trabalho em rede, um dos primeiros passos é o compartilhamento de valores e dos objetivos comuns.

As redes sociais, conceito atualmente bastante utilizado para abordar problemas de saúde, indicam como a questão da rede pode ajudar no desenvolvimento social de comunidades, na proteção da população e na parceria de instituições que tradicionalmente atuam de forma isolada (MARTELETO, 2001; ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

As redes sociais levam os indivíduos a se sentir pertencentes a grupos, e a desenvolver e aprofundar relações, podendo encontrar soluções para seus impasses e situações difíceis da vida, sem recorrer a qualquer forma de violência, seja sobre outros ou sobre si mesmo. De qualquer forma, participar de uma rede torna o indivíduo mais protegido. As redes sociais, portanto, promovem relações saudáveis e ajudam a prevenir a violência.

Redes de prevenção à violência e de proteção

Embora constitua-se num tipo de rede social, possui especificidades que a diferenciam de outras redes. Por exemplo: sua estruturação, muitas vezes, exige um movimento e acordos mais formais para que as parcerias respondam a algumas demandas, como, por exemplo: maior urgência no atendimento para que se interrompa ou se reduza a exposição de pessoas às situações de violência; especialização dos profissionais para a atenção a essas situações e um perfil afinado para o enfrentamento da violência.

Gestores e profissionais da saúde são imprescindíveis na composição ou na iniciativa de formação de redes de prevenção e atenção à violência. O setor saúde, que tem sido bastante importante na questão da violência, pode ser ainda mais atuante quando busca dialogar e trabalhar com os diversos serviços de saúde presentes no município e os diversos setores que lidam com a questão da violência, direta ou indiretamente.

Quadro 1 – Redes de prevenção à violência e de proteção

Potencialidades	Dificuldades
Fortalecimento de objetivos comuns	Falta de definição de objetivos comuns
Compartilhamento de informações	Centralização de informações
Descentralização das ações	Fragmentação das ações
Representatividade de diversas instituições	Trabalho isolado
Divisão de recursos	Recursos restritos
Potencialização da comunicação entre diferentes profissionais da saúde e diferentes setores	Divergências políticas
Maior confiança das comunidades nas instituições	Vaidades pessoais

Quadro 1 – Redes de prevenção à violência e de proteção (cont.)

Potencialidades	Dificuldades
Valorização da experiência das pessoas envolvidas na rede (usuários, gestores e profissionais da saúde e de outros setores)	Conflitos de papéis
Maior estímulo à capacitação de profissionais para esse tipo de atendimento	Rotatividade de profissionais nas instituições parceiras
Mais rápida solução dos casos	Diferentes ritmos de trabalho
Ampliação da compreensão do fenômeno da violência	Incompatibilidade de quadros referenciais de vida
Divisão de responsabilidades	Dificuldades de incorporação das famílias nas ações de proteção e prevenção

Trabalhar em rede, conforme já foi assinalado, exige objetivos consensuais, pactos para seu funcionamento e confiança para que de fato aconteça a cooperação. A relação dos seus componentes precisa ser calcada na comunicação e na priorização do atendimento.

Rede é um padrão de organização constituído, necessariamente, por agentes autônomos que, interligados, cooperam entre si. É importante destacar que nela a ordem é horizontal, não hierárquica.

A diversidade de participação, somada às possibilidades de utilização de informações ou de bens, leva a uma maior sinergia entre os componentes da rede. As redes são constituídas para permitir a interconexão com outras redes. Como afirma Fritjof Capra (1996, p. 10), "os sistemas vivos, em todos os níveis – células, animais, vegetais, ecossistemas e o planeta Terra – são redes (...), a teia da vida consiste em redes dentro de redes".

Para refletir

Você teve alguma experiência marcante ao trabalhar em rede de prevenção de violência?

Problemas atuais, como a violência, exigem pensar e agir de forma resolutiva. As redes, mais uma vez, se mostram essenciais na prevenção da violência.

Os recursos para uma possível solução de problemas estão, na maioria das vezes, disponíveis na própria comunidade. Instituições governamentais e não governamentais – como universidades, meios de comunicação, conselhos tutelares, ministério público, juizados especiais, secretarias de educação e de desenvolvimento social, centros de pesquisa – e pessoas físicas cuja proposta de trabalho seja a redução da violência e a construção de uma sociedade pautada nos princípios igualitários, solidários e de

respeito aos direitos humanos são alguns dos inúmeros e potenciais parceiros para a construção de redes locais.

Pactos de funcionamento, quanto à regularidade de encontros, alternâncias na coordenação do grupo e necessidades de recursos para a implantação da rede devem ser preestabelecidos, com a anuência de todos. Redes locais podem identificar oportunidades ocultas aos processos tradicionais, contribuir para captar recursos, organizar ações e empreendimentos, e atuar como promotora e realizadora de controle social na implementação de políticas públicas.

Rede é um espaço de troca de experiências, de estímulo ao conhecimento e ao reconhecimento mútuo das entidades e pessoas que dela participam. Nesse foco, a rede de atenção integral às pessoas em situação ou risco para a violência deve valorizar o conhecimento técnico, bem como os saberes particulares, o protagonismo comunitário no desenvolvimento das políticas públicas e iniciativas governamentais.

Toda rede deve produzir informação. Em experiências já existentes nas redes locais de atenção à violência, há trocas de informação quanto ao entendimento e à percepção das diferentes formas de violências, sobre as possibilidades de atuação de cada setor, os encaminhamentos e desdobramentos sobre os atendimentos. Em resumo, são redes de informação operativas.

No que se refere à conformação de redes de atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência, cabe ao gestor apoiar: a sensibilização e a mobilização locais; a elaboração de planos municipais de prevenção, atenção e enfrentamento das diversas formas de violência a que a população está exposta; a formação e a atualização pedagógica dos profissionais da saúde e de seus parceiros no município; a ampliação e o fortalecimento da atenção básica, intermediária e dos serviços de saúde especializados. Tudo isso como parte da agenda constante da parceria entre o município, o estado e o governo federal.

Referências

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ASSIS, S. G. et al. *Superação de dificuldades na infância e adolescência*: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves; CNPq, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Trabalho e redes de saúde*: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAPRA, F. *A teia da vida*: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix; Amaná-Key, 1996.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G.: SILVA, H.O. (Coord.) *Famílias*: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: Claves; Unicef, 2004.

FUGIMOTO, G. (Coord.). *Redes comunitárias*. Rio de Janeiro: SESC/RJ, [2005]. 1 DVD (22 min).

LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde*: conceitos, dilemas e críticas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 109-139.

MARTELETO, R. M. Análise das redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

NJAINE, K. et al. Networks for prevention of violence: from utopia to action. *Ciência&Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 429-438, 2006.

REDES COMUNITÁRIAS SESC RIO DE JANEIRO. *Documentário de encontros de redes*. Rio de Janeiro, [2000]. 1 DVD.

ROBIM, M. *Tornando-se dançarino*: como compreender e lidar com mudanças e transformações. Rio de Janeiro: Mauad, 2004.

TRAJANO, A. R. C. *Refletindo sobre trabalho, saúde e relações humanas em unidades básicas de saúde do SUS*: uma experiência local. [S.l.: s.n], [200-?]. Mimeografado.

TRAJANO, A. R. C. *Violência urbana e o trabalho dos profissionais de saúde*: mediação de conflitos como estratégia de prevenção de violências. [S.l.: s.n], [200-?]. Mimeografado.

Posfácio

A violência continua sendo um grave problema de saúde pública, perpassa e preocupa os mais diversos setores da sociedade, os gestores e a vida particular de cada cidadão brasileiro. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), elabora e implementa políticas públicas nas diversas áreas que a compõem, valorizando o desenvolvimento de linhas de cuidados que possibilitem o acolhimento, o atendimento, o acompanhamento e a notificação dos agravos à saúde das pessoas em decorrência de acidentes e violências.

As diversas interfaces necessárias à organização e gestão das redes e serviços de saúde para inclusão da atenção às pessoas em situação ou risco de violência perpassam todas as possibilidades de intervenção, seja na atenção básica, ações e populações estratégicas, na atenção especializada ou na promoção da capacidade e da humanização na atenção à saúde.

Renovada a parceria entre a Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, por meio do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli e a Coordenação de Educação a Distância, para o *Curso Impactos da Violência na Saúde*, e sendo todas as estruturas citadas, áreas do Ministério da Saúde, coloca-se o compromisso coletivo de fazer chegar a todos os lugares do país a possibilidade de ampliação do conhecimento e aumento do potencial em cada instância do SUS, para a incorporação do tema violência como uma prioridade de Estado.

A relevância desse movimento transformador acrescenta às políticas públicas nacionais avanços importantes e que se refletem na organização das Redes de Atenção à Saúde; Planos de Ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Adolescentes e Jovens, Crianças, Homens e Idosos; Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra Mulheres; Ações de Enfrentamento à Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes; Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas; Programa Nacional de Segurança Pública e também nas Políticas de Proteção Especial na Área da Assistência Social.

Helvécio Miranda Junior

Secretário de Atenção à Saúde
SAS/MS

Siglas

AA
Alcoólicos Anônimos

Abnapi
Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância

Abrapia
Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

Aids
Acquired Immunological Syndrome (Síndrome de Imunodeficiência adquirida)

AIH/SUS
Autorização de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

APH
Atendimento pré-hospitalar

BO
Boletim de Ocorrência Policial

BPC
Benefício de Prestação Continuada

CAPS
Centro de Atenção Psicossocial

CAT
Comunicação de Acidentes de Trabalho

Cemicamp/Unicamp
Centro de Pesquisas Materno-Infantil de Campinas/ Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas

CGDANT/Dasis/SVS
Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/Departamento de Análise de Situação de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde

CID
Classificação Internacional de Doenças

CID 10
Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão

Cidid
Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CMC
Coeficiente de Mortalidade por Causa

Conade
Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência

Conasems
Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

Conass
Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

Corde
Coordenadoria Nacional para as Pessoas Portadoras de Deficiência

Crami
Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância

Creas
Centros de Referência Especializada de Assistência Social

DO
Declaração de Óbito

DPVAT
Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres

DST
Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA
Estatuto da Criança e do Adolescente

Ensp
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fenaj
Federação Nacional dos Jornalistas

IBCCRIM
Instituto Brasileiro de Ciências Criminais

IBGE
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML
Instituto Médico Legal

INSS
Instituto Nacional de Seguridade Social

Ipea
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Lacri
Laboratório de Estudos da Criança

Neapi
Núcleo Especializado de Atendimento à Pessoa Idosa

NVH
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

OMS
Organização Mundial da Saúde

Opas
Organização Pan-Americana da Saúde

PAHO
Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde

Pair
Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto juvenil no Território Brasileiro

Pair
Programa de Atividades Integradas Referenciais

PNAISM
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH-HumanizaSUS
Política Nacional de Humanização do SUS

PNRMAV
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PRMMAT
Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito

PRONASCI
Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

PTI
Projeto Terapêutico Individual

Ripsa
Rede Interagencial de Informações para a Saúde

ROs
Registros de Ocorrências Policiais

Samu
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEDH
Secretaria Especial dos Direitos Humanos

Senasp
Secretaria Nacional de Segurança Pública

SEPM
Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SIH/SUS
Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM
Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinitox
Sistemas de Informação do SUS para Envenenamentos e Intoxicações

Sisav
Sistema de Informações em Saúde para Acidentes e Violências

Suas
Sistema Único de Assistência Social

SUS
Sistema Único de Saúde

Unicef
Fundo das Nações Unidas para a Infância

Unesco
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Viva
Vigilância de Violências e Acidentes em Serviço Sentinela

WHOLIS
Sistema de Informação da Biblioteca da OMS